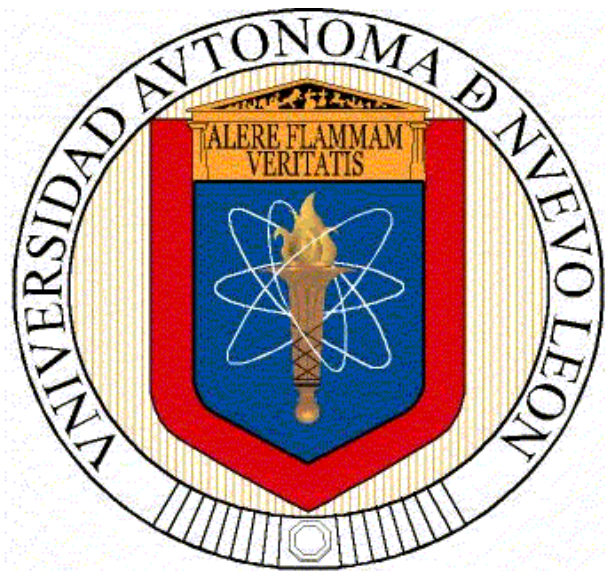


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS**



TESIS

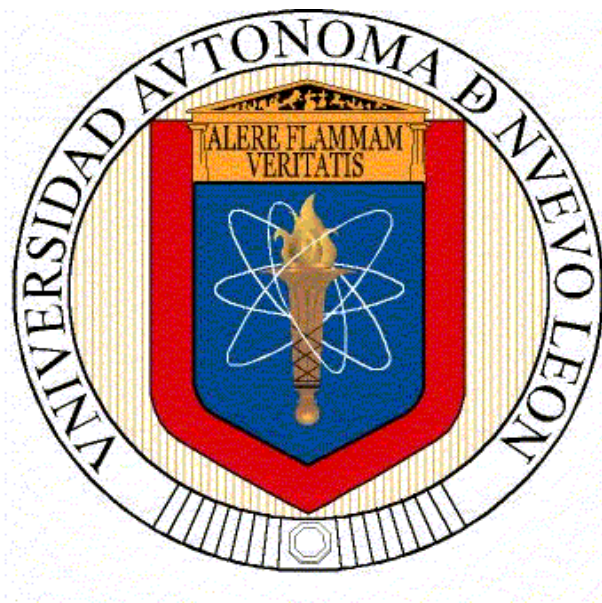
**MODELOS DE INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN EDUCACIÓN
PRIMARIA. UN ESTUDIO DE CASO**

**PRESENTA
LORENZA RUIZ SALDAÑA**

**PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN FILOSOFÍA CON
ACENTUACIÓN EN ESTUDIOS DE LA EDUCACIÓN**

DICIEMBRE, 2013

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS**



TESIS

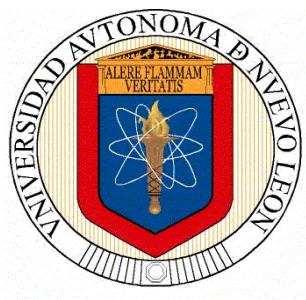
**MODELOS DE INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN EDUCACIÓN
PRIMARIA. UN ESTUDIO DE CASO**

**PRESENTA
LORENZA RUIZ SALDAÑA**

**PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN FILOSOFÍA CON
ACENTUACIÓN EN ESTUDIOS DE LA EDUCACIÓN**

**ASESORA: DRA. MARTHA BEATRIZ CASARINI RATTO
CO-ASESORA: DRA. PETRA EUFRACIA GONZÁLEZ RIVERA**

DICIEMBRE DE 2013



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



TESIS

MODELOS DE INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN EDUCACIÓN
PRIMARIA. UN ESTUDIO DE CASO

PRESENTA
LORENZA RUIZ SALDAÑA

PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN FILOSOFÍA CON
ACENTUACIÓN EN ESTUDIOS DE LA EDUCACIÓN

ASESORA: DRA. MARTHA BEATRIZ CASARINI RATTO
CO-ASESORA: DRA. PETRA EUFRACIA GONZÁLEZ RIVERA

DICIEMBRE DE 2013

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ACTA DE APROBACION DE TESIS DE DOCTORADO

(De acuerdo al RGSP aprobado, el 12 de junio de 2012

Art. 105, 115, 117, 118, 119, 120, 121, 126, 146 y 148)

Título de la tesis

MODELOS DE INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN EDUCACIÓN PRIMARIA.

UN ESTUDIO DE CASO

Comité de evaluación de la tesis

Dra. Martha Beatriz Casarini Ratto

Asesor

Dra. Petra Eufracia González Rivera

Co-asesor

Dr. Miguel de la Torre Gamboa

Lector

Dra. Blanca Zardel Jacobo Cúpich

Lectora

Dra. Patricia Claudia Brogna

Lectora

San Nicolás de los Garza, N.L., a 26 de noviembre de 2013

“ALERE LAMMAM VERITATIS”

Dra. Beatriz Liliana De Ita Rubio

Subdirectora del Área de Estudios de Posgrado

A Fernando, Aldo y Eugenio.

A los niños

AGRADECIMIENTOS

A mi comité tutorial

Asesora: Dra. Martha B. Casarini Ratto

Co-asesora: Dra. Petra E. González Rivera.

Por su gran apoyo en la construcción de la tesis, por sus aportes, por todo lo que aprendí. Especialmente, gracias por los momentos de contención que me proporcionaron, y por las largas sesiones de discusión y reflexión que compartimos.

A mis revisores de tesis:

Dra. Blanca Zardel Jacobo Cúpich

Dra. Patricia Claudia Brogna

Dr. Miguel de la Torre Gamboa

Mi gratitud y reconocimiento por el análisis minucioso que realizaron de la propuesta, por sus aportes, comentarios y, sobre todo, por sus cuestionamientos, los cuales me instalan en una tarea reflexiva más allá de la culminación del trabajo.

Finalmente, gracias a las instituciones que me proporcionaron su valioso apoyo, sin el que no me habría sido posible realizar la investigación:

Secretaría de Educación en el Estado de Nuevo León.

Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

Sección 21 del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación.

RESUMEN

El discurso institucional en México, en torno a la atención a niños con necesidades educativas especiales, ha llegado a una pérdida radical de significados, contaminado por el pensamiento único de la globalización: la marginalidad se refiere a la población que no ha logrado integrarse a las pautas culturales dominantes de su sociedad. Como consecuencia, las propuestas de atención se simplifican a formas de integración o de inclusión, lo que deja de lado una amplia gama de situaciones, condiciones y necesidades de atención que se pierden en el discurso, y limitan la eficiencia educativa de la atención especial para quienes la requieren.

El lugar que ocupa la persona con discapacidad y cómo es significada por la sociedad, no depende del sujeto ni de la discapacidad en sí, sino de la red de significaciones que se tejen en relación con las necesidades de la sociedad, sus expectativas y su conciencia. En síntesis, la sociedad, la ideología y los saberes predominantes, configuran las visiones que en la cultura predominarán.

En el presente trabajo se parte de la premisa de que el Modelo de intervención psicopedagógica presente en el discurso de los profesionistas en atención directa con los niños con discapacidad en educación, es influido por visiones que desde las perspectivas actuales se encuentran ya superadas, y que éstas en calidad de sedimentos impiden el acceso a propuestas que permitan la posibilidad de acceder a una concepción de niño más acorde con los discursos actuales que promueven la educación en la diversidad.

Para llevar a cabo la investigación, se realizó un estudio de caso: en un primer momento se efectuó un recorrido histórico para identificar en retrospectiva los discursos que constituyeron las visiones de cada época sobre discapacidad, así como las prácticas sociales en torno a la persona con discapacidad en nuestra cultura. Posteriormente, en función de las visiones identificadas, se realizó un análisis de los discursos que han conformado la práctica educativa con los niños con discapacidad en México. En un tercer momento, se analizó el discurso de las entrevistas aplicadas a los participantes.

La muestra se conformó por diez participantes; personal en atención directa con niños con discapacidad en educación, en el sistema público en el área metropolitana de Monterrey. El análisis se realizó a través de la definición de temas: en el discurso de los entrevistados se identificaron ocho temas (temas émicos) que fueron enfatizados por los participantes a través de los cuales se conformaron los capítulos cuatro, cinco y seis de resultados.

Los resultados reflejan que en el discurso de los participantes en relación con su práctica se predominan saberes relacionados con las visiones médico-reparadora y Normalizadora-asistencialista correspondientes a un modelo ligado a la medicina y a la psicología científica, discursos vigentes hasta antes de los años ochenta del siglo XX. Por lo tanto, se descubrió que la visión propuesta por el modelo institucional a partir de los años noventa referente a la integración educativa, así como el discurso que conlleva a la inclusión educativa, aún no alcanzan a permear en las visiones de los participantes.

ÍNDICE

	Página
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTOS	IV
RESUMEN	V
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Definición del problema	7
1.2. Justificación	8
1.3. Preguntas	11
CAPÍTULO 2. MODELOS Y VISIONES EN TORNO A LA DISCAPACIDAD.	15
2.1. Modelo demonológico. Visión exterminio-aniquilamiento. Desde la Prehistoria al Renacimiento.	20
2.1.1. Saberes predominantes en la época que configuran la visión sobre el niño con discapacidad.	20
2.1.2. Prácticas sociales de las que ha sido objeto el niño con discapacidad.	23
2.1.2.1. Visión de aniquilamiento; la práctica del infanticidio.	23
2.1.2.2. Visión caritativo-represiva; creación de asilos y hospitales.	26
2.1.2.3. Educación para los niños con discapacidad	28
2.2. Modelo organicista. Visión caritativo-represiva. Del renacimiento a finales del siglo XIX.	29
2.2.1. Saberes predominantes en la época que configuran la visión sobre el niño con discapacidad	29
2.2.1.1. Sobre la llamada Discapacidad intelectual	30
2.2.2. Prácticas sociales de las que ha sido objeto el niño con discapacidad.	33

2.2.2.1. Asilos y hospitales.	34
2.2.2.2. Educación	34
2.3. Modelo psicologista. Visiones médico-reparadora y Normalizadora-asistencialista. De la segunda mitad del siglo XIX a los años sesenta.	36
2.3.1. Saberes predominantes en la época que configuran la visión sobre el niño con discapacidad.	36
2.3.1.1. Los test mentales	38
2.3.1.2. Sobre la llamada Discapacidad intelectual	40
2.3.2. Prácticas sociales de las que ha sido objeto el niño con discapacidad.	42
2.3.2.1. Educación.	43
2.4. Modelo socio-ambiental. Visión social-ambientalista. Década de los años sesenta.	43
2.4.1. Saberes predominantes en la época que configuran la visión sobre el niño con discapacidad.	43
2.4.2. Prácticas sociales de las que ha sido objeto el niño con discapacidad.	47
2.5. Modelo bio-psico-social. Visión social-influida por el saber médico Década de los años setenta.	48
2.5.1. Saberes predominantes en la época que configuran la visión sobre el niño con discapacidad.	48
2.5.2. Prácticas sociales de las que ha sido objeto el niño con discapacidad.	49
2.6. Modelo social. Visión social. A partir de los años ochenta.	50
2.6.1. Saberes predominantes en la época que configuran la visión sobre el niño con discapacidad.	50
2.6.2. Prácticas sociales de las que ha sido objeto el niño con discapacidad.	53
2.6.2.1. Inicios del siglo XXI. Visión social ante la diversidad y la complejidad.	53
2.7. Condiciones de emergencia del discurso sobre discapacidad y su relación con la educación.	56

CAPÍTULO 3. MÉXICO: LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN EL DEVENIR HISTÓRICO.

3.1. Condiciones sociales y educación en el México poscolonial.	63
-----------------------------------------------------------------	----

3.2. Modelos y visiones en Educación Especial en México.	70
3.2.1. Modelo organicista. Finales del siglo XIX	73
3.2.1.1. Caridad y dispensa para niños con discapacidad	73
3.2.1.2. El asilo y la correccional para jóvenes delincuentes.	75
3.2.2. Modelo psicologista. De inicios del siglo XIX a los años setenta.	76
3.2.2.1. Visión médico reparadora	76
3.2.2.2. Visión normalizadora asistencialista.	78
3.2.3. Creación de la DGEE: Modelo social-ambientalista. 70s a 80s	82
3.2.4. Implementación de un modelo psicogenético. 80s a inicios de 90.	85
3.2.4.1. Los grupos integrados	87
3.2.4.2. Servicios de EE existentes en los ochenta	90
3.2.5. La Reforma Educativa del 93 y la Educación Especial en México.	93
3.2.5.1. La integración educativa.	93
3.2.5.2. El PNFEEIE y la educación inclusiva en el nuevo milenio	98
 CAPÍTULO 4. MÉTODO	 104
4.1 Diseño de la investigación	105
4.2. Muestra	108
4.3. Estrategias para la recolección de la información	109
4.4. Procedimiento	110
4.5. Aplicación	112

4.6. Tratamiento de la información: análisis temático	114
4.7. Análisis temático	116
4.8. Temas de análisis	117
 CAPÍTULO 5. VISIONES EN LAS PRÁCTICAS DE INCLUSIÓN	 120
5.1. Lo normal- anormal. Un entorno regido por la normalidad	122
5.2. La inercia del diagnóstico	125
5.3. La llamada <i>discapacidad intelectual</i> .	130
 CAPÍTULO 6. SABER QUE NO SE SABE	 138
6.1. Una necesidad que no se plantea como demanda, pero reclama una escucha.	141
6.2. Comprometiendo la subjetividad	144
 CAPÍTULO 7. ¿ESCUELA PARA TODOS?	 154
7.1. El niño con discapacidad en el grupo regular.	155
7.2. Adecuaciones curriculares: avatares de centrar la integración en el currículo escolar.	160
7.3. Abordaje institucional: la paradoja del trabajo en equipo	164
 CONSIDERACIONES FINALES	 173
 BIBLIOGRAFÍA	 178

ANEXOS

ANEXO 1. CUADRO. MODELOS (Aguado Díaz) y VISIONES (Brognia)	184
ANEXO 2. LÍNEA DEL TIEMPO: Discursos y prácticas que han configurado el discurso actual sobre “discapacidad” y su relación con la educación.	185
ANEXO 3. LÍNEA DEL TIEMPO. Visiones que configuran el discurso de la Educación Especial en México.	191
ANEXO 4. GUÍA DE ENTREVISTA.	197

INDICE DE ESQUEMAS Y TABLAS

Esquemas

Esquema No. 1. Foucault.	60
Esquema No. 2. Inclusión de lo no conocido	140

Tablas.

Tabla No.1. Prácticas sociales que configuran el discurso actual sobre la relación discapacidad y educación.	58
Tabla No. 2. Proceso de la investigación.	118

Modelos de Intervención Psicopedagógica en Educación Primaria.

Un estudio de Caso.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

El discurso institucional en México en torno a la atención a niños con necesidades educativas especiales, ha llegado a una pérdida radical de significados, contaminado por el pensamiento único de la globalización: la *marginalidad* se refiere a la población que no ha logrado integrarse a las pautas culturales dominantes de su sociedad, a diferencia de la *exclusión* que se refiere a los grupos de población que se encuentran fuera de la norma social o cultural, o que buscan integrarse, pero el poder dominante no lo permite (Furlán, 2007). Como consecuencia, las propuestas de atención se simplifican a formas de *integración* o de *inclusión*, lo que deja de lado una amplia gama de situaciones, condiciones y necesidades de atención que se pierden en el discurso, y limitan la eficiencia educativa de la atención especial para quienes la requieren.

La idea de realizar una investigación sobre las visiones presentes en el discurso de los profesionistas en atención directa a niños con Necesidades Educativas Especiales, surge de las

inquietudes generadas a partir de mi experiencia dentro del área educativa, particularmente de las observaciones realizadas durante veinticinco años de laborar en el área de psicología en el programa originalmente nombrado *Gabinetes de Servicios Educativos* (GSE), que desde el ciclo escolar 2008-2009 lleva el nombre de *Unidades de Asesoría Psicopedagógica* (UAP) en la Secretaría de Educación en el Estado de Nuevo León.

Después de laborar varios años en la institución, es posible identificar sus logros, fortalezas y desafíos, así como las incongruencias y contradicciones en sus discursos. En este caso, al observar y analizar con sentido crítico la configuración histórica de las instituciones educativas dedicadas a la atención a niños con necesidades educativas especiales, se puede tener idea de cómo es, cómo ha sido, y cómo se puede proyectar hacia el futuro. Trasladar la experiencia a la reflexión teórica se hace necesario cuando socialmente existe la idea de que la educación fracasa, e indispensable cuando se trata de abordar las propuestas educativas en relación con la atención a los niños en su diversidad.

En el contexto del sistema educativo del estado de Nuevo León, se pueden destacar, como instituciones dedicadas a atender necesidades educativas especiales de niños de educación primaria que así lo requieren, las Unidades de Servicio de Apoyo a la Educación Regular (USAER) y las Unidades de Asesoría Psicopedagógica (UAP); también se cuenta con los Centros de Atención Múltiple (CAM); todos ellos actúan bajo la supervisión directa de la Dirección de Educación Especial, lo que no ha sido suficiente para evitar una cantidad significativa de confusiones y complicaciones al momento de limitar y definir los campos de actuación y los estilos de atención que caracterizan a cada programa o institución.

El programa Gabinetes de Servicios Educativos (GSE)¹ (Ahora UAP), surgió a finales de los años setenta como uno de los programas creados con el fin de reducir la reprobación y prevenir la deserción escolar, sobre todo entre la población en condición de marginación (Rangel Guerra, 1997). Por lo tanto, la población objetivo de este programa desde el inicio fue los niños de escuela primaria regular que presentan dificultades escolares, principalmente académicas. El modo de operar ha sido el mismo desde que surgió como programa; el maestro de grupo identifica alguna situación de dificultad con el niño, después de intentar resolverla por su cuenta y no lograr mejorar la situación, habla con los padres de familia para proponerles la referencia del niño a atención a las UAP, donde el niño es diagnosticado en base a la aplicación de pruebas psicológicas, pedagógicas y de lenguaje según el caso; así mismo, se realiza entrevista a los padres (generalmente quien asiste es la madre) y al niño. Después de realizado el diagnóstico, se brinda atención en las áreas que requiere el niño. Esta fue la forma de operar de los GSE, y es la que mantienen las UAP.

Como consecuencia de la puesta en marcha del *Acuerdo Nacional para la Modernización de la educación Básica*, en 1993, se inicia un importante proceso de reorientación y reorganización de los servicios de educación especial (SEP, 2006); en busca de promover el reconocimiento del derecho de las personas con discapacidad a la integración social y a la educación, los servicios de educación especial se reorganizan y se reestructuran para su funcionamiento como parte de la educación básica, lo cual, teóricamente, permitiría incluir a los niños con discapacidad en el grupo escolar regular (SEP, 2006). Esta propuesta es clara en su postura de no permitir la segregación y la etiquetación de los niños, motivo por el cual se

¹ De acuerdo a Rangel Guerra (1997), el antecedente previo fue el programa de investigación llamado *El psicopedagogo escolar*, creado en 1978 en el Estado de Nuevo León, México.

promueve el apoyo al maestro de grupo dentro del aula escolar, evitando llevarse al niño del grupo para proporcionarle atención individual.

Cuando se reorganizaron los servicios del Departamento de Educación Especial, los GSE no recibieron ningún tipo de actualización o ajuste, lo cual implicó que a partir del 93 su lugar y su función estuvieran constantemente cuestionados, y fue hasta el ciclo escolar 2008-2009 cuando se le asignó un nuevo nombre: *Unidades de Asesoría Psicopedagógica* (UAP). Por otro lado, actualmente, entre los servicios de Educación Especial, existen las Unidades de Servicio de Apoyo a la Educación Regular (USAER) como servicio a la atención a la educación regular. Con la existencia de dos programas de apoyo a la educación básica, en apariencia se duplica la atención, lo cual genera confusión entre el personal de las escuelas, sin embargo, al menos en el discurso, los marcos de acción están claramente definidos: la función de las USAER es acompañar a la escuela en la eliminación de barreras para el aprendizaje y la comunicación de los alumnos; trabajando con directivos, maestros y familias para favorecer el proceso de integración educativa (SEP, 2006). En las UAP la atención se dirige al niño, se le brinda atención con enfoque individualizado, con esta misma orientación se brinda apoyo a padres en pláticas grupales, de igual manera se proporcionan asesorías a los maestros partiendo de la problemática específica que esté presentando el niño dentro de la escuela.

Esta delimitación aparentemente clara, en la práctica no lo es tanto, principalmente cuando llegan casos referidos por dificultad de conducta o con una larga historia de reprobación y no presentan discapacidad. Ante casos así, en las USAER se enfatiza que su prioridad son los niños que presentan discapacidad, mientras que el que reprueba se atiende sólo en caso de que haya espacio. Por otro lado, las UAP aseguran que su población son los niños de escuela primaria regular que presentan alguna dificultad leve de conducta, aprendizaje o de lenguaje cuya necesidad de atención sea breve. Por lo tanto, en ocasiones se encuentran niños que son

expulsados y van de una escuela a otra, o son segregados; son pasados de grado sin que haya claridad en la atención que se le brindará; uno de los argumentos a los que se recurre es que son casos médicos o psiquiátricos por lo que quedan fuera de los alcances de atención dentro del campo educativo, juicio que denota la falta de precisión y de acuerdo en: las definiciones de vocabulario, las concepciones en torno a la discapacidad, y la visión que se tiene sobre el niño con requerimientos educativos especiales.

Las USAER, así como los de Centros de Atención Múltiple (CAM), son servicios a través de los cuales el Estado proporciona servicios educativos a los niños y jóvenes de edad escolar que presentan Necesidades Educativas Especiales, que de acuerdo a la SEP son niños y jóvenes que:

...en relación con sus compañeros de grupo, enfrentaban dificultades para desarrollar el aprendizaje de los contenidos consignados en el currículum escolar, requiriendo que a su proceso educativo se incorporen mayores recursos o recursos diferentes a fin de que logre los fines y objetivos curriculares... (SEP 2006 p. 9)

Esta definición de los niños y jóvenes considerados con Necesidades Educativas Especiales, en sí misma invita a la reflexión; en primer lugar, porque en ella no queda claramente definido quienes serían los sujetos beneficiarios; simplemente se señala desde una perspectiva dicotómica² normal/anormal a quienes, en relación con la mayoría, no acceden al aprendizaje. En segundo lugar, los objetivos de la intervención parecen ser dirigidos sólo a posibilitar al niño el acceso a los contenidos curriculares. A lo largo del trabajo se volverá sobre estos puntos.

² En la lógica tradicional, dicotomía es el desglose o fraccionamiento de un concepto genérico en uno de sus conceptos específicos y su negación. El concepto se refiere asimismo a la ley que establece que ninguna proposición puede ser verdadera y falsa al mismo tiempo

En síntesis: los servicios de Educación Especial en Nuevo León son prestados a través de dos modelos de intervención para facilitar el acceso a lo escolar a alumnos de educación básica con Necesidades Educativas Especiales (NEE); el primero, representado por las USAER y los CAM dirigidos a niños que presentan algún tipo de discapacidad o son niños sobresalientes; estos son los servicios propuestos por la Normativa nacional (SEP, 2011; 2006), lo que, en teoría, supone un respaldo teórico y estratégico actualizado. El segundo, representado por las UAP que, podría decirse, procede de una visión más tradicionalista, tanto en su modelo de intervención como a la población a la que dirige su atención. No obstante, a pesar de la existencia de estos dos modos de intervención como apoyo a la educación, en las escuelas aún no existe una alternativa satisfactoria para la atención a los niños con discapacidad, y para algunos que presentan dificultades de conducta o dificultades para el aprendizaje.

El escenario que se puede trazar resulta lleno de complejidades: discurso simplificado que oculta sutilezas y requerimientos específicos; programas e instituciones cuyas rutas de actuación se solapan y entrecruzan, provocando por un lado sobreatención a unos aspectos, y abandono de áreas de oportunidad por otro lado. Si a estas condiciones inmediatas se suman aspectos sociales, como los modelos de atención que determinan presupuestos y legislaciones; o cuestiones culturales, como las visiones (las miradas) que históricamente se han dedicado a los niños instalados socialmente como *diferentes*, y que se realizan en concepciones, creencias y valoraciones que se han arraigado al discurso de quienes atienden niños con necesidades educativas especiales; entonces se entiende que existen demasiados elementos que obstaculizan la construcción de una visión actualizada para entender la discapacidad como una condición con una escala cromática de innumerables matices, y generar modelos democráticos y equitativos que permitan atenderla de manera eficiente.

La anterior situación invita a plantearse infinidad de cuestionamientos en relación con la atención a los niños en condición de vulnerabilidad, entre los que me permito destacar los siguientes: ¿Qué lugar ocupa la discapacidad en las prioridades de la institución? ¿Cuáles son las problemáticas educativas que se atienden? ¿Qué coincidencias y qué diferencias se establecen entre las formas de intervención y el discurso oficial? ¿Quién es el profesional que debe atender al niño con requerimientos educativos especiales y qué tipo de intervención debe realizar? ¿Qué validez tiene el discurso que da forma a la visión actual de niño con necesidades educativas especiales, así como al modelo de atención que se le brinda?

Estas y otras interrogantes requieren un análisis profundo y sustentado, y son parte de los elementos de interés que orientan el sentido de esta investigación.

1.1. Definición del problema

La educación formal en México, desde sus inicios ha enfrentado diferentes retos; primero la necesidad de organización de un sistema educativo capaz de atender las necesidades educativas de un país que, a lo largo de su historia, ha enfrentado adversidades como las epidemias, la lucha por la independencia y la revolución, que han dejado a la población en vulnerabilidad en diferentes momentos.

En tiempos recientes, en busca de la consolidación del sistema educativo; la lucha contra el analfabetismo y el logro de la cobertura, estos retos en teoría están superados en lo que corresponde a educación básica. No obstante, la eficiencia terminal, la calidad y la atención a la diversidad implican un sin fin de necesidades educativas a cubrir, desde necesidades materiales básicas en escuelas marginadas, hasta proveer de profesionistas preparados para ejercer el acto formativo con sus alumnos cualquiera que sea la condición de éstos.

En lo concerniente a los Programas de Asesoría Psicopedagógica y los de atención a niños con necesidades educativas especiales por causa de algún tipo de discapacidad, éstos pueden ser un apoyo invaluable dentro del sistema educativo, sin embargo, hasta el momento en México no parecen existir diseños que realmente cumplan con las necesidades de atención para los niños en condición de vulnerabilidad.

No se trata de negar o descalificar la existencia de alguno de los programas institucionales establecidos y los beneficios que brindan, pues son producto de la lucha de la sociedad en favor de los más desfavorecidos. Es claro que se han generado políticas, se han logrado acuerdos, existen programas y normativas; sin embargo, estos avances aún no se reflejan en el logro de una conciencia real de la inclusión en las escuelas y en la sociedad.

Esa tarea no es sencilla, sobre todo si se tiene en cuenta que, en la actualidad, los sistemas educativos son cuestionados ante el sentimiento general de ineficiencia, a la que el terreno de atención en la diversidad no escapa. Es aquí donde se inserta la necesidad de un estudio que permita identificar, en los procesos históricos, las formas en que ha sido enunciada la atención a la diversidad: ¿cómo ha aparecido en el discurso educativo el sujeto que es diferente?; ¿cuáles han sido los modelos que se han aplicado para atenderla?, ¿cómo se han relacionado con la educación formal?

1.2. Justificación

La idea generalizada, entre la población, de que todo lo que tiene que ver con lo educativo ha fracasado o está condenado a hacerlo, es uno de los principales obstáculos que tiene que enfrentar el sistema, y los Programas de Asesoría Psicopedagógica no constituyen una excepción; en ese sentido es indispensable que se realice un análisis de sus objetivos, de sus

marcos de abordaje, del sujeto al que van dirigidos, así como en la manera en que visiones y modelos se aterrizan en las prácticas.

Si bien es frecuente que se instalen programas con objetivos que, en el discurso y en su diseño, benefician a los alumnos, aunque no parten de estudios que identifiquen las necesidades reales, y se implementan sin tener en cuenta los antecedentes y las necesidades reales de atención; también es frecuente que entre sus prácticas de intervención se incluyan, al igual que acciones desfasadas y visiones ya superadas, recursos y estrategias que verdaderamente pueden resultar de valor para los niños atendidos. Marcar un equilibrio entre prácticas eficientes y aquellas que aún deben ser revisadas, es una tarea que puede resultar ardua, pero que resulta impostergable.

El tipo de apoyo que ofrecen los equipos especializados debe transformarse en los actos y en las percepciones, pues actualmente se destaca, más que nunca antes, la necesidad de que la escuela se convierta en ese espacio generador de significados que verdaderamente permitan la subjetivación del niño, y es un hecho que el maestro es fácilmente rebasado por las circunstancias de las necesidades primarias de los alumnos.

En sociedades capitalistas como la nuestra, el desarrollo de sujetos libres y autorregulados puede sonar utópico, ya que en su formación y socialización intervienen factores culturales e ideológicos que trascienden lo individual y que dificultan el éxito de los programas educativos. Están también las prácticas tradicionales, frecuentemente instaladas como *rituales*, que se transmiten por generaciones y son constituyentes de cada grupo social y que, por lo tanto, inciden directamente en el establecimiento de las formas de “ver” y “actuar”; ya más adelante se revisará la manera en que las concepciones, identificadas como *visiones*, resultan determinantes en la construcción de los *modelos* de atención.

En el marco educativo vigente, la definición de programas de Intervención adecuados es una necesidad, pues teniendo en cuenta la velocidad con que cambia la información circulante, y debido en gran medida a los constantes avances tecnológicos, se amplía la brecha entre generaciones ya que el tipo de sujeto que se forma de una generación a otra es diferente, en un lapso de tiempo relativamente corto. Esta rapidez complica para el maestro aún más la ya difícil tarea de formar, pues, debido a este movimiento acelerado, el niño que le corresponde atender y formar es un niño completamente diferente al que él fue, por lo que, para acceder a él, requiere mayor preparación, mayor conciencia del valor de su presencia en la constitución subjetiva de cada niño y, al mismo tiempo, tener la posibilidad de contar con equipos de apoyo profesionales que lo acompañen en su tarea educativa. Ser conscientes de estas necesidades y actuar en consecuencia favorecerá a cada niño, y, en última instancia, a la sociedad.

En nuestra sociedad, la evidencia clara de que algo en la educación no está funcionando es la presencia de violencia en las calles, la drogadicción y el alto índice de embarazo de adolescentes; pese a que el discurso oficial sobre educación expresa logros y avances, que seguramente son buenos, lo cierto es que la situación social asume que algo no está funcionando, aunque se niegue. Ese algo está a la espera de ser evidenciado para construir respuestas eficientes que contribuyan a mejorar la situación.

El presente estudio se propone partir de lo dicho para contrastarlo con sus efectos: ¿qué dice el discurso oficial?, ¿cómo es interpretado por quienes se dedican a atender directamente a los niños en condición de vulnerabilidad? Son demasiadas las dudas; la realidad es compleja, y los discursos sobre ella son variados, atendiendo a esta complejidad y a la necesidad de contextualizar, la investigación se abordó a través de los siguientes temas:

1. Existe disparidad entre la visión que subyace al Modelo de Intervención Psicopedagógica declarado por la institución, y la visión presente en el discurso de los

profesionistas que intervienen en la atención a niños con necesidades educativas especiales.

2. El discurso sobre las prácticas de intervención de los profesionistas en atención directa con niños con Necesidades Educativas Especiales se sostiene en visiones ligadas a ideas procedentes del discurso médico y del discurso popular en torno a lo asistencial.
3. La concepción de niño en que se fundamentan tanto el discurso oficial como las prácticas de intervención, procede de ideas sedimentadas a lo largo de la historia que significan al niño como portador de un déficit.

1.3. Preguntas

¿Cuáles son las visiones que subyacen a los Modelos de Intervención Psicopedagógica desarrollados desde los inicios de la educación especial en México?

¿Cuáles son los saberes que subyacen al Modelo de Intervención Psicopedagógica presente en el discurso de quienes participan en atención directa con niños con Necesidades Educativas Especiales?

La visión a través del cual son abordados los niños con discapacidad en educación, ¿permite un intercambio subjetivo que posibilita el reposicionamiento del niño?

El documento fue organizado en seis capítulos: en el segundo se realizó un recorrido a través de la historia, del cual efectué un trabajo de cernido para identificar los saberes que en cada momento histórico se construyeron sobre discapacidad, así como las prácticas sociales en relación con los niños con discapacidad; para lograrlo me apoyé en la revisión que realiza Aguado Díaz (1995) en función de los Modelos en la historia de las deficiencias³, diferenciación

³ Concepto utilizado por Aguado Díaz en el título de su obra.

que en el trabajo relaciono con las visiones sobre discapacidad propuestas por Brogna (2009;2006), al final del capítulo intento ubicar el espacio sobre lo humano no abordado por las ciencias humanas desde la perspectiva que plantea Foucault en *Las palabras y las cosas*.

En el tercer capítulo, transito por la historia de la educación en México, nuevamente realizo un trabajo de destilado para identificar las prácticas educativas en relación con la población en situación de vulnerabilidad y aterrizar en el análisis de los cimientos sobre los que se ha construido la Educación Especial, sus visiones y la concepción sobre la población a la que se dirige.

En el cuarto capítulo abordo el método; se realizó un estudio de caso, dada la complejidad del objeto de estudio y la necesidad de abordarlo en profundidad se recurrió a un estudio colectivo de casos. En vista de que esta investigación se realizó desde un paradigma cualitativo, la estructura conceptual de la investigación se desarrolló en base a temas, se emprendió a partir de preguntas, de las que se desprendieron los temas que en calidad de temas éticos (surgen de los intereses del investigador) guiaron las preguntas de la entrevista (entrevista semi-estructurada).

La muestra se seleccionó entre el personal en atención directa con niños con necesidades educativas especiales de la Dirección de Educación Especial de la Secretaría de Educación en el Estado de Nuevo León; los participantes se eligieron a través de un muestreo no probabilístico, específicamente un muestreo por criterio y se complementó a través de un muestreo en cadena o bola de nieve.

Siguiendo la línea temática, para el análisis de la información se recurrió a la identificación de los temas éticos; los significados de los entrevistados respecto al niño con discapacidad y sus prácticas educativas en la institución. En función del contenido de las entrevistas se organizaron

8 temas que conformaron los capítulos 5, 6 y 7 que constituyen la presentación de resultados y la interpretación.

Al capítulo cinco se le asignó el título “Visiones en las prácticas de inclusión”, en él se abordan los saberes que se identifican en el discurso de los entrevistados, se compone de los siguientes subtemas: Lo normal-anormal, un entorno regido por la normalidad; La inercia del diagnóstico, y La llamada *discapacidad intelectual*.

El capítulo seis se tituló “Saber que no se sabe” para abordar aspectos inconscientes que se identificaron en la relación del profesionalista en su práctica con los niños con discapacidad, los subtemas fueron: Una necesidad que no se plantea como demanda, pero reclama una escucha y Comprometiendo la subjetividad.

El capítulo siete se tituló ¿Escuela para todos?, para abordar la vertiente institucional en las prácticas de inclusión, se conforma por los siguientes subtemas: El niño con discapacidad en el grupo regular; Adecuaciones curriculares: avatares de centrar la integración en el currículo escolar, y Abordaje institucional; la paradoja el trabajo en equipo.

En el desarrollo del trabajo se realiza un análisis crítico de las visiones en las prácticas de inclusión, partiendo de los saberes y concepciones en un tránsito matizado por ideas foucaultianas que establecen un trayecto que pasa por un momento arqueológico (Historia de la locura en la época clásica, las palabras y las cosas, la arqueología del saber), y un momento genealógico (vigilar y castigar, historia de la sexualidad) en relación con el saber, para aterrizar en lo singular en tanto el análisis se encuentra inevitablemente influido por mi formación en psicoanálisis.

La elección de la mirada foucaultiana radica en su cuestionamiento a la verdad objetiva, la cual desde una posición Nietzscheana “es despojada de su supuesta esencia objetiva e inmutable, de su estatus superior y trascendental, de su carácter sagrado, de su superioridad

(Rujas Martínez-Novillo, 2010), de acuerdo a esta concepción los hechos adquirirán significado a partir del ángulo desde el que sean vistos, es así como la discapacidad y las prácticas educativas asociadas son abordadas desde mi óptica atravesada por el psicoanálisis. Desde esta perspectiva pretendo poner sobre la mesa la reflexión y el análisis del papel de la subjetividad en el encuentro del profesional con el niño con discapacidad.

En coincidencia con Jacobo Cúpich (2012), en este trabajo se apuesta por desterrar como rasgo identitario la idea de discapacidad como diferencia, falta, disfunción o minusvalía; por hacer circular un discurso en el que los intercambios en relación con el niño con discapacidad se constituyan más allá de la discapacidad misma: “Esperemos que no estemos lejanos de la construcción de la pluralidad de lenguajes, culturas bilingües o trilingües que extiendan y amplíen las relaciones humanas a horizontes imprevistos” (pág. 47).

CAPÍTULO 2. MODELOS Y VISIONES EN TORNO A LA DISCAPACIDAD

El cómo se significa un sujeto es influido por el momento histórico-social en el que vive, así como por su historia individual; un sujeto se constituye en el intercambio con los otros, en una relación en la que el lenguaje juega un papel esencial: cómo es nombrado, lugar que ocupa, quién es. Lleva una carga de significación que se configura con los saberes e ideales de una época, una sociedad, y un acumulado de significaciones que persisten de épocas anteriores, como señala Jacobo Cúpich (2012, pág. 21); “Lo que el presente hereda del pasado es proyectado, incorporado y actuado a través de las estructuras y significados...”, así, también, en el intercambio interhumano se fundan los discursos que intentan definir al hombre aunque sólo lo bordean⁴. (Foucault, 1966/1969)

El lugar que ocupa la persona con discapacidad y cómo es significada por la sociedad, no depende del sujeto ni de la discapacidad en sí, sino de la red de significaciones que se tejen en relación con las necesidades de la sociedad, sus expectativas y su conciencia. En síntesis, la

⁴ El hombre, antes del siglo XVIII no existía dice Foucault “...no había una conciencia epistemológica del hombre como tal. La episteme clásica se articula siguiendo líneas que no aíslan...un dominio propio y específico del hombre” (Foucault, Las palabras y las cosas, 1966/1969, pág. 300)

sociedad, la ideología y los saberes predominantes, configuran las *visiones* que en la cultura predominarán. Brogna (2006, pág. 45) precisa:

Las visiones responden a la organización social (a sus aspectos económico, cultural y político) y, en ese sentido, acompañan los procesos históricos. Están condicionados tanto por sucesos históricos (la irrupción de una nueva ideología, el desarrollo de una nueva tecnología), como por el modo en que una sociedad piensa y concibe un mundo y las relaciones sociales que en él se tejen. Dentro de un mismo país o una misma región, distintos grupos, en función de su organización social, favorecerán o condicionarán el predominio de una visión particular.

Este sentido de visión como elemento macro, configura una forma de significar los hechos y la vida; es el espacio simbólico en que se juega la historia individual de cada quien en aras de la construcción de una subjetividad. Conocer las visiones a través de la historia permite entender cómo se configuran las subjetividades en cada época y su sedimentación en las subjetividades contemporáneas. En la historia de la humanidad, las visiones en torno a la discapacidad han sido marcadas por la polémica y el conflicto; la irrupción de ideas, concepciones, planteamientos y prácticas nuevos no conllevan a la liquidación de los anteriores, sino que coexisten con ellos; unas veces en confrontación y otras superponiéndose, dando lugar a la pluralidad de ideas y modelos que coexisten en la actualidad. (Scheerenberger, 1984)⁵

Los saberes relacionados con la discapacidad como objeto de conocimiento, y la educación especial como práctica, proceden básicamente de la experiencia, que a la vez se nutre de los conocimientos vigentes en cada época. La historia de la discapacidad está ligada tanto al

⁵ Citado por Aguado Díaz, 1995.

nacimiento de los hospicios y de los hospitales, como a la medicina y sus prácticas (Avanzini, 2000), que han aportado gran cantidad de los elementos que constituyen la visión de la sociedad contemporánea en torno a la discapacidad.

El acercamiento teórico a la discapacidad es reciente, y se encuentra ligado como ya se ha dicho a las condiciones socio-históricas, por lo que identificar las visiones en torno a ella y las prácticas sociales en relación con las personas con discapacidad, implica necesariamente una revisión de las condiciones del contexto histórico en que se han desarrollado. La forma en que las diferentes sociedades a través de las épocas han concebido la discapacidad ha sido abordada por diferentes autores en términos de modelos o visiones, entre los cuales destacan los siguientes: Puig de la Bellacasa (1990)⁶ distingue tres paradigmas que describen la historia de las actitudes y tratamientos en torno a la discapacidad en los diferentes momentos culturales: el primero es el *paradigma tradicional*, asociado a una visión animista: donde la discapacidad es considerada como expresión del mal o manifestación de lo sagrado y es vista como enfermedad o pecado; el segundo es el *paradigma de la rehabilitación*, en el que prevalece la hegemonía médica con su vocación de “sanar” la discapacidad por sobre los posibles deseos del sujeto; el tercero, *paradigma de la autonomía personal o vida independiente*, en el cual se aspira a que la persona con discapacidad sea capaz de satisfacer sus necesidades básicas y lograr el respeto a sus derechos humanos fundamentales.

Casado D.(1991)⁷, refiere cuatro modelos: *integración utilitaria*: se acepta al sujeto con discapacidad con resignación providencialista o fatalista; *exclusión aniquiladora*: el sujeto con discapacidad es encerrado y ocultado en el hogar; *atención especializada y tecnificada*:

⁶ Referido por Aguado Díaz (1995); Egea García & Sarabia Sánchez (2013); del Pozo González, Makowski, Saldaña Rosas, & Manzini (2008)

⁷ Referido por Fundación Cátedra Iberoamericana (2013)

predomina la participación de servicios y agentes especializados en la atención a la persona con discapacidad; *accesibilidad*: basado en el principio de normalización que postula que las personas con discapacidad tienen derecho a una vida tan normal como los demás. Brogna (2006) realiza un análisis de los diferentes procesos históricos y socio-culturales, e identifica las rupturas y continuidades que dan lugar a las diferentes visiones que denomina como: *visión de exterminio o aniquilamiento*, *visión sacralizada o mágica*, *visión médica reparadora*, *visión asistencial normalizadora* y, *visión social*.

Estudiar la evolución histórica de la discapacidad permite delimitar el concepto y entender la red de significaciones que se han tejido en torno a ella. Y es una oportunidad para revisar las prácticas predominantes, con la idea de enlazar los desarrollos pasados con las realidades presentes y las tendencias futuras (Verdugo, 2009). Históricamente, la relación de los niños con discapacidad con la educación ha sido poco cuidada, pasando por diferentes momentos; *el abandono*, *la posibilidad de*, y *el derecho a*. Al cierre del siglo XX la educación ya era un derecho consagrado en leyes y acuerdos internacionales; no obstante, transcurrida una década del siglo XXI, todavía el niño que altera el orden del grupo es expulsado de la escuela; el niño que no rinde académicamente es marginado en el mismo grupo escolar; y sobre todo, aún no es común ver a un niño con síndrome de Down en una escuela regular como cualquier niño.⁸ En este sentido, podemos ver que visiones segregacionistas siguen ancladas en nuestra cultura, pese a largos años de reflexión e intervención.

Como todo lo que concierne a lo humano, el conocimiento en torno a la discapacidad es complejo, por lo tanto es necesario delimitar. Para el presente estudio es particularmente útil la

⁸ Los ejemplos de este tipo en el documento provienen de las observaciones realizadas por la investigadora durante su práctica, primero como docente y después como psicóloga desde 1985 hasta la fecha en el campo educativo en la ciudad de Monterrey, N.L. México.

revisión que realiza Aguado Diaz (1995), en el libro *Historia de las Deficiencias*. En primer lugar, gracias al amplio recorrido histórico que efectúa, en el que incluye casi todas las épocas de la historia de nuestra cultura occidental; en segundo lugar, este autor se enfoca en las prácticas sociales que se han construido en torno a las personas con discapacidad y los tratamientos impartidos. Tomando esta revisión como punto de partida se pueden delimitar los aspectos centrales de esta investigación:

- A. Saberes predominantes en la época, que configuran la visión del niño con discapacidad.
- B. Prácticas sociales que se han construido en torno al niño con discapacidad.

Aguado Díaz distingue cinco modelos apuntalándolos en los desarrollos en salud mental, de los cuales abstrae tanto los saberes como las concepciones sobre la discapacidad desde la prehistoria hasta la década de los años 80 del siglo XX. Después de los años ochenta, en la literatura especializada contemporánea, se puede identificar un sexto modelo, el cual se agrega para los propósitos de este estudio.

1. Modelo demonológico: de la antigüedad al renacimiento.
2. Modelo organicista: del renacimiento a finales del siglo XIX.
3. Modelo psicologista: de finales del siglo XIX, hasta la década de los 60.
4. Modelo socioambiental: década de los 60.
5. Modelo Bio-Psico-Social: década de los 70.
6. Modelo social: de la década de los 80 hasta nuestros días.

Se espera que la revisión de los saberes y las prácticas sociales, y sus subrogados en las concepciones y acciones en cada uno de estos modelos, permitirá delinear las visiones de cada época en torno a la discapacidad; ejercicio que será apoyado en las visiones que son descritas por Brogna (2006;2009) (ANEXO 1). Esto configurará un marco de análisis que permitirá identificar las concepciones, visiones, subjetividades y valores implícitos en las prácticas educativas contemporáneas al atender al niño con discapacidad, con el fin de valorar la medida en que concepciones y visiones anacrónicas obstaculizan el logro de los fines educativos establecidos para la atención a estos niños.

2.1.Modelo demonológico. Visión exterminio-aniquilamiento. Desde la Prehistoria al

Renacimiento

2.1.1. Saberes predominantes en la época que configuran la visión sobre el niño con discapacidad

Planella Ribera (2009) y Aguado Díaz (1995), refieren que durante la prehistoria, ante las enfermedades se ponían en práctica los conocimientos adquiridos en situaciones previas similares. Se apoyan en Laín (1988), para situar dos grandes corrientes de la medicina pretécnica: el *empirismo*; utilización de remedios que han demostrado eficacia en casos similares, reseñan que algunos estudiosos suponen que en ese momento ya se daban prácticas de cuidado a los enfermos; prótesis rudimentarias y trepanaciones de cráneo. Por otro lado, la *magia*; atribuir las causas a poderes extraños, los cuales eran aplacados a través de rituales de hechiceros o brujos, éstas últimas como precursores de la Demonología (Véase también Di Nasso, 2004).

En resumen, de la época prehistorica se constituyen dos líneas en el terreno de los saberes con los siguientes elementos:

Animismo: práctica: magia-pecado-discapacidad-infanticidio. Espiritualismo- Religión.

Empirismo: práctica: remedios-enfermedad-afecto y cuidado-trepanaciones de cráneo y prótesis rudimentarias. Medicina rudimentaria.

De acuerdo a Aguado Díaz (1995), de estas dos líneas se desprenden los discursos y las prácticas que van permeando las sociedades en las diferentes épocas:

La Grecia clásica marcó el inicio de la medicina técnica “en la que la idea de physis o naturaleza es principio clave, fundamento y punto de partida” (1995), en ese momento ya existían saberes que podían permitir atribuir causas biológicas a algunas discapacidades, se abordaba principalmente la ceguera y la sordera (Winzer,1997)⁹, Hipócrates, proponía una etiología biológica de algunas enfermedades, y al observar las crisis convulsivas en guerreros con heridas craneoencefálicas descubrió el carácter no sagrado de la epilepsia (Fernández Iglesias, 2009 ;Aguado Diaz, 1995)

Aguado Díaz (1995), narra que en Roma los progresos en el campo médico fueron desarrollados por médicos griegos asentados en Roma, por ejemplo; Galeno (129-199) describe los huesos craneales, identifica una causa de la afasia; Aurelio Cornelio Celso utiliza el término *imbecillis* para referirse a una astenia general o cualquier forma de debilidad, es decir, lo que podría llamarse un grado moderado de deficiencia mental.

⁹ Referida por Brogna (2006).

En el mundo árabe se conservó la tradición Naturalista de Hipócrates y Galeno; en el terreno de los niños, Avicena (908-1037), propuso tratamientos para la meningitis y la hidrocefalia; se continuó estudiando el cerebro en relación con la memoria, el habla y el funcionamiento intelectual. Por ejemplo, Maimónides (1135-1204), relacionó la teoría de los humores con el funcionamiento intelectual, pensaba que el cerebro del hombre flemático, demasiado húmedo, generaba deficiencia mental, al respecto, Aguado Díaz (1995), llama la atención en la innovación que presenta Maimónides: la posibilidad de que los flemáticos con instrucción pudieran hacer progresos, es decir, que la deficiencia mental no es algo inamovible. Por estos aportes el autor lo sitúa como el precursor de la Educación Especial.

Durante la Edad Media, en el campo médico prácticamente desapareció el naturalismo griego, abundaron *“los empíricos, curanderos, adivinos, magos, tanto como médicos responsables”* (Winzer (1997)).¹⁰ No obstante, a través de las prácticas médicas con los lesionados de guerra se crearon las primeras prótesis.

A la entrada del Renacimiento, la práctica médica se extendió, destaca la figura del belga Andreas Vesalius (1514-1574), quien al oponerse a los postulados tradicionales, que consistían en una visión dogmática de la medicina griega transmitida por Galeno, replanteó la medicina de la época (Brognia P. C., 2006). En este contexto surgen descubrimientos en relación con la anatomía del oído; se descubre el laberinto óseo por Gabriell Falloppio (1523-1562), Bartolomeo Eustachi (c.1524-1574) descubre la Trompa de Eustaquio y el tímpano (Winzer (1997)).¹¹ A propósito de la discapacidad auditiva, por esta misma época, el italiano Girolamo Cardano (1501-1576) plantea la posibilidad de la comunicación por medio de signos manuales

¹⁰ Citada por Brognia, 2006, pág. 56)

¹¹ Referida por Brognia (2006).

entre las personas con sordera. Por otro lado, se dio un gran avance para la cirugía en general y la ortopédica (Aguado Díaz, 1995).

2.1.2. Prácticas sociales de las que ha sido objeto el niño con discapacidad

2.1.2.1. Visión de aniquilamiento; la práctica del infanticidio.

Aguado Díaz (1995), afirma que durante la prehistoria, la discapacidad en niños era afrontada con resignación, por lo tanto, se recurría a la súplica a los dioses o a la eliminación. No obstante, supone que los niños con deficiencia mental, epilepsia y otros, pudieron haber pasado desapercibidos, pero que ante las dificultades para la casa y el nomadismo los casos más graves perecieron a edades tempranas. Brogna (2006), al referirse a este período afirma que lo que hoy llamamos discapacidad en esa época “...quedaba simbolizada como aquella particularidad biológica o de comportamiento **visible o evidente**¹² que ponía en peligro al grupo; y el espacio de exclusión está configurado por el grupo en su conjunto” (pág. 49).

Más adelante, en los pueblos de la antigüedad, la discapacidad era considerada como castigo divino por un pecado de quien la padece (China, India), o como manifestación de los espíritus del mal (Palestina, Mesopotamia y Persia), por lo tanto, eran tratadas con prácticas mágico-religiosas (Aguado Díaz, 1995).

En los textos de la Grecia clásica es patente la práctica del infanticidio: Plutarco en la Ley de Licurgo relata cómo eran eliminados los recién nacidos con malformaciones o los considerados débiles (Sánchez Palomino & Torres González, 2009; Sánchez Asín, 1997). En

¹² El resaltado es de la autora.

Esparta, el Consejo de Ancianos examinaba al niño, si éste estaba bien formado y era vigoroso ordenaban criarlo, si había nacido con alguna deformidad, decidían que debía ser abandonado en un lugar llamado *Apothetes*, una especie de orfanato (Planella, 2006). En Atenas, Platón y Aristóteles recomiendan la eliminación de los niños débiles y los que nacían con deformidades (Aguado Díaz, 1995).

En India, los niños nacidos con deformidades eran arrojados al río Ganges, no obstante, en el *Código de Manú* se regula en relación a los niños con ceguera (Planella Ribera, 2009). En pueblos como China, Mesopotamia, Persia, y Palestina, no se reseñan evidencias directas de infanticidio. Sin embargo, existía depreciación social del sujeto con discapacidad, por ejemplo, en Palestina no se practicaba el infanticidio ni el aborto, pero los niños podían ser vendidos como esclavos. Tampoco en Egipto se encuentran evidencias de infanticidio, y en el mundo árabe se prohibía (Aguado Díaz, 1995).

Durante el imperio Romano se produce una gran cantidad de cambios y contrastes; en las primeras épocas, el infanticidio era permitido solamente durante los primeros ocho días de vida, no obstante, era una práctica común que a partir del siglo I d.C., se generalizó principalmente con niños que nacían con deformidades. Durante esta época se descubre la posibilidad de mutilar niños y jóvenes *para mendigar*, costumbre que alcanza a niños no deseados, a los nacidos con malformaciones o a los que nacían bajo un mal augurio (Aguado Díaz, 1995). De tal manera que a partir del siglo II d.C., fue frecuente la venta de personas con alguna discapacidad para roles específicos; “los jóvenes ciegos eran vendidos como remeros, las jóvenes ciegas se volvían prostitutas, quienes tenían discapacidades intelectuales eran

vendidos como esclavos o para diversión (bufones)” (French, 1932)¹³. Casi a la caída del imperio, en el siglo IV el emperador Constantino ofrece asistencia financiera a las familias que no maten ni abandonen a sus hijos (Gibbson, 1952).¹⁴

Durante Edad Media el concepto de *pecado* y la idea de *posesión diabólica* quedan institucionalizados y constituyen la ideología dominante: la demonología al lado del cristianismo carga de significación la concepción sobre las personas con discapacidad; las personas con deficiencia y de los que se sospechaba de locura fueron considerados *hijos del pecado y del demonio*. Esta relación del pecado-discapacidad-culpa es claramente señalada por Sheerenberger (1984), en el siguiente comentario a propósito del decreto de Graciano de 1150:

Aceptado extraoficialmente por la Iglesia declaraba que “todo ser humano concebido por el concubinato de un hombre con una mujer nace con el pecado original, es reo de impiedad y muerte y, por lo mismo, hijo de la ira...esta doctrina fomentó en muchos cristianos medievales un profundo sentimiento de impureza innata, depravación y culpa. A lo largo de siglos, este concepto, reforzado nuevamente durante la reforma, suscitó una indecible agonía en los padres de niños disminuidos¹⁵.

El infanticidio dejó de ser una práctica común, no obstante se recomendaba dejar en las iglesias a los hijos no deseados, en este contexto Carlomagno (742-814) decretó que los niños abandonados fueran esclavos de quien los encontrara, a consecuencia de ello se generó tráfico de niños para ser utilizados como esclavos o explotados como mendigos. Más adelante, durante el Renacimiento, aunque ya existían elementos que contradecían la teoría de la inmutabilidad

¹³ Citado por Brogna (2006, pág. 52).

¹⁴ Referido por Brogna, 2006).

¹⁵ Citado por Aguado Díaz, (1995, pág. 59).

de la deficiencia, persistían las creencias que las asociaban con lo demoníaco (Aguado Díaz, 1995).

2.1.2.2. Visión caritativo-represiva; creación de asilos y hospitales.

El origen de los hospitales puede remitirse a los primeros templos creados en la Grecia clásica en culto al dios *Asclepio*¹⁶, dios de la curación. En Egipto se practicaba la aplicación de remedios a las personas con discapacidad física, la veneración a quienes presentaban malformaciones, y la medicina ante la enfermedad. En los hospitales árabes los tratamientos eran humanitarios; baños, lecturas, música y danza. En Roma, Sorano de Éfeso (s.II) quien escribió sobre las enfermedades de la mujer, sobre la menstruación, el embarazo y el parto, en su hospital atendió enfermos mentales y probablemente personas con deficiencia; el tratamiento que ofrecía consistía en; reposo, lectura y participación en representaciones teatrales (Aguado Díaz, 1995).

Estos antecedentes muestran un origen del hospital ligado a la búsqueda de la salud desde una visión espiritual, esta perspectiva de hospital era funcional para padecimientos que ameritaban estancias cortas; de algunos días. La situación se complicaba ante las enfermedades infecciosas o padecimientos que requerían que el aislamiento de los enfermos se prolongara desde algunos días hasta semanas o meses; fue así como se dio lugar a la fundación de las primeras casas para leprosos desde 583 (Pérgola & Sanguinetti, 1998).

Desde una visión social, la creación de los hospitales está ligada al auxilio de los pobres, no obstante, las condiciones sociales están ligadas a la ideología, de esta manera, antes de la

¹⁶ Los romanos nombraban a este Dios Esculapio.

caída del imperio Romano, el cristianismo empezó a ejercer influencia en dos direcciones, la *caridad* y el *castigo* (Brognna,2006), cada una de estas tendencias desplegará su propio efecto en el trato a las personas con discapacidad. En relación con la *caridad*, por ejemplo, el concilio de Nicea en 325 decreta el hospedaje de enfermos, pobres y vagabundos; algunas de sus comunidades se transformaron en asilos para niños, otros concilios dispusieron formas similares de ayuda. La otra tendencia, el *castigo* ejercerá una gran influencia durante la Edad Media debido a la ambivalencia que provocaba el alto grado de mendicidad que se alcanzó como resultado del aumento de personas en las calles, como consecuencia de las guerras, invasiones y cruzadas. Además, era muy alto el número de niños abandonados; la mendicidad se convirtió en un problema social y las personas en esta situación en susceptibles para ser acusados de brujería o de posesión de artes diabólicas y a ser condenadas por la inquisición, destino casi inevitable para quienes eran “mentalmente diferentes” (Scheerenberger, 1984)¹⁷.

En este contexto, se crea el primer hospital, la *ciudad-hospital* fundada en Cesárea de Capadocia; en el régimen espiritual de esta *ciudad-hospital* es manifiesta la fuerte influencia que ejercía el cristianismo; el pensamiento místico predominaba sobre el naturalista, visión que tuvo consecuencias en la concepción que se tenía en relación a la práctica de los médicos: ellos mismos asociaban su práctica a la caridad, el enfermo por su parte fue educado en la resignación frente al dolor inevitable (Laín, 1961)¹⁸.

La autoridad del clero disminuyó durante el Renacimiento, muchas de las instituciones benéficas fueron cerradas, dejando al Estado el encargo de la asistencia a los pobres, con lo que se sientan los antecedentes para que éste asuma un papel en relación con la población en

¹⁷ Citado por Aguado Díaz (1995, pag.60)

¹⁸ Citado por Aguado Díaz (1995, pág. 54)

situación de marginación, y que la *caridad* como medio de subsistencia quedara atrás para dar paso a la *asistencia*. En relación con los hospitales, la tradición naturalista griega; conservada por los árabes, vuelve a Europa a través de España: se crean sanatorios mentales que inicialmente son centros pequeños, algunos eran públicos, sostenidos por donaciones; otros privados, destinados al cuidado de pocas personas (Aguado Díaz, 1995).

2.1.2.3. Educación para los niños con discapacidad

Aguado Díaz (1995), refiere que en Europa occidental, en 685 surgió el primer ensayo sobre *educación de sordomudos*¹⁹, en 1260 se creó el primer centro para ciegos destinado a soldados que regresaban con problemas visuales de las cruzadas.

La educación pensada en términos sociales; el autor destaca la influencia de Juan Luis Vives (1493-1540) quien fue pionero de la rehabilitación y partidario de un trato humanitario, destaca que en *De subventionem pauperum* (1526), propone suprimir la mendicidad; educación y trabajo adecuado, plantea principios de la regeneración de pobres, propone la limosna en términos sociales, no místicos.

En el siglo XVI, ya existía cierta aceptación social a las personas con sordera y con ceguera; se dio el primer intento conocido de educación con las prácticas de Ponce de León (1520-1589) (Pérez de Lara, 1998).

¹⁹ Juan de Beverley

2.2. Modelo Organicista. Visión caritativo-represiva. Del renacimiento a finales del siglo

XIX

2.2.1. Saberes predominantes en la época que configuran la visión del niño con discapacidad

Durante los siglos XVII y XVIII produce una ruptura en el campo del saber a consecuencia en parte por la discordia con el saber místico-religioso, debido a los nuevos hallazgos y el recién descubierto interés por la ciencia²⁰. No obstante este quiebre no ocurre sin desarmonía, Foucault (1966/1969), señala los siguientes conflictos:

- a) Entre la teología que aloja la providencia de Dios, la simplicidad, el misterio y la solicitud de sus vías, y la ciencia que busca definir la autonomía de la naturaleza.
- b) Al interior de la ciencia: una ciencia demasiado adherida a la vieja precedencia de la astronomía, la mecánica y la óptica, y otra, que supone la existencia de algo irreducible y específico en los dominios de la vida.
- c) Entre los que creen en la inmovilidad de la naturaleza, y los que intuyen el poder de transformación de la vida y su plasticidad; deriva que envuelve a todas las cosas, incluidos nosotros mismos, tiempo del que nadie es dueño.

En esta descripción que Foucault presenta, se observan con claridad las grandes contradicciones en los discursos: la tradición del pensamiento fuertemente influido por las ideas religiosas frente al discurso científico que va impregnando todos los campos de la vida; los saberes procedentes de las ciencias naturales y exactas empiezan a utilizarse para explicar el

²⁰ Entre los siglos XVII y XVIII se amplían y precisan las ciencias de la vida; se inventa el microscopio, las ciencias físicas proporcionan un modelo de racionalidad a través del que se pretende organizar el dominio de los seres vivos, aunado al interés económico por la agricultura y un naciente interés por los animales. (Foucault, Las palabras y las cosas, 1966/1969, págs. 126-127)

saber sobre el humano, en este contexto Adolphe Quetelet (1796-1847) que a través de la utilización de la *ley del error* procedente de la estadística crea el concepto del *hombre medio*; definido como un “ser humano abstracto que constituía el promedio de todos los atributos humanos en un país dado” (Davis, 2009, pág. 191). Este ser humano constituiría la integración combinada del promedio físico y moral, ideas adoptadas por la sociedad para constituir una posición media de la vida en la que la burguesía se colocaría en ese nivel medio dentro del orden natural. Estas concepciones ofrecen oportunidad para la construcción posterior de la idea de normalidad (Davis, 2009).

La búsqueda del ser humano promedio, biológicamente normal merecedor de habitar el mundo, aunada al avance de la medicina, inicia un arduo camino de descubrimientos, pero, al mismo tiempo de interrogantes que el humano se va planteando acerca de sí mismo. En este camino, se han encontrado respuestas que desde lo biológico pueden favorecer a las personas con discapacidad física y sensorial por la posibilidad de uso de los saberes médicos como uno de los elementos en favor de una mejor calidad de vida. No obstante, históricamente no ha sido así, estos saberes médicos han sido utilizados para etiquetar, intentar normalizar, o para justificar prácticas sociales eugenésicas.

2.2.1.1. Sobre la llamada Discapacidad intelectual

Entre las discapacidades, una que ha provocado grandes interrogantes es llamada Discapacidad intelectual, anteriormente nombrado retardo mental, que fue definido como incompetencia para satisfacer las demandas de la vida (Wodrich, 1986)²¹. Hasta el siglo XIX, no existía una clara

²¹ Referido por Verdugo Alonso (1994).

definición entre otras discapacidades y el retardo mental (Verdugo Alonso, 1994). En retrospectiva se puede identificar que ha sido necesario un largo recorrido en el campo del saber para diferenciar entre la ahora discapacidad intelectual y las enfermedades mentales: Paracelso (1493-1541) descubrió que el cretinismo estaba asociado a deficiencia mental, y en su *De generatione stultorum* relacionó la deficiencia con la enfermedad mental (Sánchez Palomino & Torres González, 2009), posteriormente, el médico suizo Félix Platter (1536-1614), enunció una primera clasificación de las enfermedades mentales desde un punto de vista anatómico, por lo que, de acuerdo a Aguado Díaz (1995) se le considera pionero en describir la deficiencia mental *stultitia originalis*.

Philippe Pinel (1745-1826), considerado el fundador de la psiquiatría, en 1801 publicó el, *Traité mèdico-philosophique sur l'aliénation mentale* en el que realizó la primera clasificación de las enfermedades mentales; diferenció entre formas congénitas y adquiridas e identificó niveles de funcionamiento intelectual, con lo que sentó las bases para separar *demencia* e *idiocia*. En el plano de la intervención, Pinel rompió las cadenas de los internos, por lo que, es considerado el padre de la terapia vocacional al introducir el *tratamiento moral* que consistía en un trato más humano. (Sánchez Asín, 1997; Aguado Díaz, 1995). En los mismos años, Benjamín Rush (1745-1813), creó una *silla tranquilizante* para deficientes y enfermos mentales excitados o hiperactivos (Aguado Díaz, 1995). Los aportes de Pinel y Rush, permiten verificar que para comprender sus éxitos y sus contradicciones es necesario no perder de vista el marco histórico social en que se producen; Rush, es un ejemplo claro, en tanto promueve un trato humanitario, más sin embargo crea una silla tranquilizante.

Posteriormente, Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772-1840), en *Enfermedades mentales: tratado de la locura*, realizó una separación conceptual de la deficiencia mental

(amencia; ausencia de la mente) del terreno de la enfermedad mental (demencia; pérdida de la mente), para este autor el retraso mental es un déficit intelectual constatable de origen orgánico e incurable, se trataría de un estado de agenesia intelectual (Sánchez Asín, 1997; Aguado Díaz, 1995; Verdugo Alonso, 1994).

William Wetherspoon Ireland (1832-1909), realizó un tratado sobre las deficiencias, de sus aportes, lo que interesa para este estudio es la importancia que concede a factores perinatales en la *idiocia traumática*, este autor llama la atención en que traumatismos perinatales sumados a factores hereditarios pueden provocar deficiencia mental. También estudió los factores ambientales, lo cual lo llevó a revisar el caso Kaspar Hauser. (Aguado Díaz, 1995). Estos aportes de Ireland se resaltan aquí debido a que los factores perinatales constituyen un factor que actualmente se considera en la entrevista psicológica que se aplica a padres de niños cuando son referidos a atención psicológica por presentar dificultades escolares, más no siempre se tiene claro para qué se necesita esta información.

La llamada deficiencia mental también ha sido asociada con la criminalidad, Aguado Díaz menciona dos teorías que han contribuido para establecer esta relación: la del *imbécil moral* y la *antropología criminal*; la primera, descrita por I. Ray en 1831 en *A Treatise on the Medical Jurisprudence of Insanity* asociada a la frenología; la segunda, es impulsada por el criminólogo italiano Cesare Ezechio Marco Lombroso (1835-1909), quien estudió los componentes anatómicos de la criminalidad. El autor destaca que la noción de imbecil moral aunada a su teoría de la degenerabilidad en la que se asumía que toda anormalidad de nacimiento era transmitida por los padres, influyó en las ideas tras las prácticas de esterilización de las personas con deficiencia.

2.2.2. Prácticas sociales de las que ha sido objeto el niño con discapacidad

Entre los siglos XVI y XVII existían grandes contradicciones, a pesar de que los avances en la medicina suponían un cambio en las concepciones tanto de la locura como en relación con la discapacidad, el conocimiento coexiste con la repulsión, el rechazo y la ignorancia, disminuye el infanticidio pero aumenta el abandono, persisten las mutilaciones para mendicidad y aumenta la compra de niños a los orfanatos, continúan las prácticas demonológicas.

Aguado Díaz (1995, p.111) apoyándose en Scheerenberger ejemplifica claramente la persistencia de las contradicciones al referirse al momento de la colonización norteamericana (1620-1799):

...se compatibiliza la tradición inglesa del *reconocimiento legal y práctico* de la deficiencia mental con la *atribución del nacimiento de un hijo deficiente a la ira de Dios o a la acción de Satán*: entre los acusados en el proceso de Salem, verano de 1692, está comprobado que hay deficientes mentales.

En las comunidades, en el espacio social, a las personas con discapacidad se les ubicó en el lugar que el loco o el tonto; si no es molesto se le deja y puede llegar hasta a trabajar, pero si es ofensivo, su lugar podría ser la mendicidad, el asilo, el hospicio; o encerrado o atado en cualquier lugar, o bien, la correccional o la cárcel. Entre la gente con posibilidades económicas se podría contratar maestros para sus hijos con discapacidad, pero manteniéndolos en secreto. En los Estados Unidos existía el emplazamiento externo (indemnización a quien tomara a su cargo un deficiente), por lo tanto se daban subastas de deficientes, también existía el traspaso (llevar a los deficientes y los enfermos mentales a otro pueblo y abandonarlos).

2.2.2.1. Asilos y hospitales

Durante el siglo XVII el médico en el hospital era de carácter externo; la visita consistía en controles –religiosos administrativos- y participaba poco en la acción cotidiana del hospital, situación que cambió durante el siglo XVIII, cuando se le otorga preferencia sobre el personal religioso. Sin embargo, su saber se subordinaba al de la técnica del examen, así el hospital pasa a ser de un lugar de asistencia a un lugar de “formación y de confrontación de conocimientos: inversión de las relaciones de poder y constitución de un saber” (Foucault, 1975/2009, pág. 216).

Aguado Diaz (1995), afirma que los hospitales psiquiátricos se crearon con fines de reinserción social, sin embargo, Foucault (1964/1998), señala que éstas desempeñaban un papel de ayuda y de represión, indica que al mismo tiempo que eran destinados a socorrer a los pobres, existían celdas de detención, Foucault, también advierte que los habitantes de estas instituciones pudieron ser; pobres, desocupados, mozos de correccional e inensatos.

2.2.2.2. Educación

Los aportes de Rousseau, Pestalozzi y Fröebel permitieron en el siglo XVIII progresos en la educación en general. No obstante, el nacimiento de la Educación Especial es asociado a un hecho concreto, las posibilidades que Itard²² ofrece a Víctor (el niño de Áveyron) al considerarlo un niño educable. Pérez de Lara (1998), llama la atención en que este hecho no fue aislado, sino que se articula en un tiempo de organización de la escuela en el que se

²² Jean-Marc Itard (1774-1838).

empezaban a delimitar los espacios diferentes para niños diferentes, y especifica que la educación buscaba su referente epistemológico en un proceso social en el que se conformaban las subjetividades en la familia (Pérez de Lara, 1998).

Posteriormente Edouard Seguin (1812-1880), colaborador de Itard, innovó técnicas pedagógicas a través de estimulación del desarrollo motriz, intelectual, artístico, y de las fuerzas morales y afectivas a través de las cuales intentó llevar al niño con deficiencia al mundo de las ideas y de las relaciones. En Francia el neurólogo Désiré-Maglorie Bourneville (1840-1909), estimulado por los trabajos de Seguin, se manifiesta en contra de la idea de la no recuperabilidad de los niños considerados *idiotas y débiles*, a su vez desarrolla técnicas educativas en busca de su autonomía social. Avanzini (2000) precisa que Seguin sienta precedentes para la creación de las clases especiales en la institución pública.

En relación con las discapacidades sensoriales, se abrieron escuelas especiales públicas, algunas por iniciativa de filántropos, otras con apoyo del gobierno; para niños sordos, ciegos o mudos. Thomas & Loxley (2007) destacan la figura de Samuel Gridley Howe (1801-1876), quien crea la escuela en la que ponía en práctica la técnica de grabado en relieve de Valentín Haüi, esta escuela posteriormente fue conocida como el *Instituto Perkins, escuela Massachusetts para invidentes* a la que asistió Laura Bridgeman.

En resumen, desde el siglo XVII, tiempo en que se sitúa la predominancia del avance de los conocimientos médicos en controversia con una visión místico-religiosa (caritativo-represiva) empieza a surgir el interés del hombre por sí mismo (Foucault, 1966/1969). El hombre en su complejidad, donde la simple idea de la existencia de la diferencia, de la “falta” de lo que

trasciende el límite de lo explicable se pone afuera, se excluye al lugar de lo observable, del objeto; de caridad o de castigo, y actualmente de la ciencia.

2.3. Modelo psicologista. Visiones médico-reparadora y Normalizadora-asistencialista. De la segunda mitad del siglo XIX a los años sesenta

2.3.1. Saberes predominantes en la época que configuran la visión sobre el niño con discapacidad

Los saberes sobre el humano se complejizan, en esta búsqueda del conocimiento se empiezan a generar saberes más allá del cuerpo, más allá de lo visible en relación al ser humano; dos obras de Freud que marcan un cambio de paradigma en la concepción son *La interpretación de los sueños* (1900), y, *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), en la primera, describe el inconsciente, en la segunda plantea la existencia de una sexualidad infantil: descubrimientos que si bien no son plenamente aceptados por la comunidad médica de la época, sí impregnan la cultura.

A más de un siglo de descubrimiento del inconsciente, las ciencias médicas, en su fascinación por la objetividad, y la sociedad, en el afán de lograr control; de domeñar lo raro, lo extraño en la búsqueda de la homogenización insisten en interrogar al cuerpo y manipular la conducta. Los avances en genética contribuyen para que a nivel social aparezca el fantasma de la heredabilidad, el cual cobra fuerza a inicios del siglo XX con la alarma eugenésica. En ese transitar se ha caído en prácticas inhumanas, son ejemplos lamentables la aplicación de shock hipoglucémico o cura de Sakel, la utilización de la lobotomía y los electroshock para tratar las psicosis. El shock hipoglucémico²³, fue creado y utilizado por Manfred Sakel entre 1933 y 1950

²³ Inducir convulsiones y el coma a través de la insulina como medida terapéutica para la esquizofrenia.

como medio terapéutico para la cura de las esquizofrenias (Garrabé, 1995); la lobotomía, introducida en 1935 en un hospital psiquiátrico en Lisboa alcanzó un gran éxito en los Estados Unidos entre 1956 y 1955 instrumentada principalmente por Walter Freeman, quien pensaba que este método “podía ser una buena manera de ejercer control social sobre las personas inadaptadas”, argumentaba que “los pacientes a quienes se había practicado llegaban a ser mejores ciudadanos, y que los mejores resultados se podían observar en mujeres, negros y judíos...” (Pérez Soto, 2009, pág. 207). Los electroshocks se utilizaron como sedativos o como anticonvulsionantes, y a pesar de que su uso no se apoya en teorías claras, se ha utilizado sin el menor cuidado de sus efectos colaterales (Pérez Soto, 2009).

La psicología con su aspiración de reconocimiento científico, funda un amplio desarrollo académico, surgen la psicología clínica, la psicología experimental, la psicopatología infantil y la psicometría. El conductismo lleva un papel protagónico en la atención a la discapacidad, tanto en el plano clínico como el educativo, de los trabajos de Skinner derivan los desarrollos de Bijou (1963,1966), Staas (1968) y Meyerson en técnicas de modificación de conducta en la rehabilitación de la discapacidad física. El nacimiento de la Psicología Clínica procede de la tradición académica de Wilhelm Wundt (1832-1929) y los estudios diferenciales individuales: el primer psicólogo clínico es Lightner Witmer (1857-1956), quien trató a un niño con dificultades para la ortografía en 1896, analizó las dificultades intelectuales y educativas del niño. Este autor relacionó la privación cultural con los problemas de aprendizaje, la afasia y la dislexia, de esta manera la psicología clínica surge como respuesta a una discapacidad de aprendizaje, Aguado Díaz enfatiza que en las clínicas psicológicas fueron atendidos gran cantidad de niños con deficiencia mental.

Por otro lado, la segunda mitad del siglo XX, son particularmente significativos, hechos como la aplicación masiva de la penicilina durante la segunda guerra mundial, que gracias a su uso sobrevivieron personas que en otro momento habrían muerto; los lesionados de guerra, así como las consecuencias de la epidemia de polio generan una gran cantidad de personas con secuelas físicas que “impulsan la “profesionalización” de múltiples técnicas, métodos y teorías sobre rehabilitación” consolidándola como una sólida rama de la medicina” (Broyna P. C., 2006, pág. 57). La necesidad física acompañada con la necesidad emocional, permite entonces el surgimiento de la visión rehabilitadora de la psicología.

2.3.1.1. Los test mentales

Un elemento que adquiere gran influencia en el modelo psicologista es la evaluación psicológica, Aguado Diaz (1995), ubica los primeros antecedentes en lo propuesto en la carta fundacional del hospital psiquiatrico de Valencia en 1409. También refiere que más adelante Juan Luis Vives (1492-1540) a inicios del siglo XVI destacaba la importancia de la evaluación con fines de pronóstico y tratamiento, aunque la primera evaluación fue diseñada con fines políticos, Fitzherbert en 1534 creó la primera evaluación con el objetivo de detectar la *idiocia* congénita, pues en Inglaterra, por ley las propiedades de los idiotas pasaban a la corona. El aspecto político también se asocia a los trabajos de Snell (1817-1892), quien elabora una serie de pruebas objetivas para detectar *simuladores* de enfermedades mentales.

Hoskins (1990)²⁴ refiere que el tipo de evaluación utilizado actualmente en educación encuentra sus antecedentes en las ideas de Francis Galton, sobre la inteligencia heredable. Esta

²⁴ Referido por Thomas & Loxley (2007).

concepción de evaluación en el campo pedagógico cumple dos funciones; la de establecer una visibilidad mediante la cual puede diferenciar y sancionar a los individuos, por otro lado, es la garantía de la transmisión del saber del maestro al alumno. (Foucault, 1975/2009; Thomas & Loxley, 2007).

Con el avance de la escolaridad obligatoria, los test mentales encuentran un campo de cultivo apropiado para su desarrollo tras la *necesidad* de clasificar escolares: evaluar la calidad del aprovechamiento y detectar a los alumnos con retraso escolar. En Francia, el 28 de marzo de 1882 se promulgó la ley sobre la escuela obligatoria, en la cual se precisa que la educación se hace extensiva a los niños con discapacidad, “con la excepción de quienes presenten dispensa...o certificado médico que atestigüe que no son capaces de sacarle provecho” (Avanzini, 2000, pág. 260).

Alfred Binet (1857-1911), con colaboración de Theodore Simon (1873-1962) elaboró la primera escala métrica de inteligencia Binet-Simon. Binet aporta los conceptos de edad mental y la necesidad de comparación de individuos de diferentes edades. Posteriormente William Stern (1871-1938) en 1912 propone el Cociente Intelectual (CI).

El uso de los test mentales consigue un gran auge a inicios del siglo XX, sin embargo, en la década de los años veinte entra en crisis al darse a conocer la incidencia de otros factores en el desarrollo de la inteligencia (Aguado Diaz, 1995; Thomas & Loxley, 2007), las críticas más fuertes a su uso son: la no distinción entre casos leves, retraso y normalidad. Además, se alientan dudas en relación con su validez y la practicidad de su uso, pero a pesar de eso, el profesional medio los continuó utilizando como medio confiable de diagnóstico. Y continuó utilizándose durante todo el siglo XX, y a inicios del XXI se continúa acudiendo a ella sobre

todo en las instituciones en la toma de decisiones; frecuentemente se recurre a los test para conocer al sujeto haciendo a un lado su propia palabra, su propia voz.

2.3.1.2. Sobre la llamada Discapacidad intelectual

En el modelo psicologista el campo de la discapacidad intelectual deja de ser prerrogativa médica y recibe un nuevo enfoque disciplinar; se desarrolla la doble orientación biologicista-social: la corriente biológica se centra en el estudio de la *etiología y la clasificación*; en el que se subraya el factor genético y se acentúa el factor hereditario, mientras que la social subraya la *modificabilidad*.

Como se observó en el modelo organicista, fueron los médicos estudiosos de las deficiencias mentales, quienes iniciaron el abordaje con métodos pedagógicos, no obstante, no son los pedagogos los que continúan en el desarrollo de la Educación Especial, sino, los psicólogos procedentes de la llamada psicología científica, esto tal vez esté asociado con la preocupación por la perfección del ser humano; este ideal ya no sólo se limita a lo físico y a lo intelectual, sino a lo moral, y a cuestiones como la apariencia, las costumbres y los hábitos.

A inicios del siglo XX predomina el discurso eugenésico derivado de las ideas de Francis Galton, quien pretendía mejorar la raza a través de la realización de matrimonios seleccionados. Desde esta concepción, la educación para los niños con deficiencia era inútil, ya que no se consideraba posible contrarrestar los efectos de la herencia; es ilustrativa la siguiente cita de Karl Pearson (discípulo de Galton), “ningún entrenamiento ni educación puede crear [inteligencia]...hay que engendrarla” (Thomas & Loxley, 2007, pág. 56). En los Estados Unidos, se creó un ambiente de control y prevención social como consecuencia del

redescubrimiento de las leyes de Mendel²⁵ y de los estudios que asocian delincuencia con deficiencia: de acuerdo a Aguado Díaz *el delincuente deficiente sustituye al imbécil moral del siglo anterior*. La alarma eugenésica que consiste en segregación, eutanasia, restricción matrimonial y esterilización, se extendió.

No obstante, en la década de los años veinte ya existían estudios que manifestaban que las personas con deficiencia podían estar integradas a sus hogares y al medio social, y que el funcionamiento intelectual no sólo depende de factores individuales, por lo tanto se empieza a valorar la conducta social. El movimiento norteamericano de higiene mental impulsa la importancia del desarrollo emocional y social a la vez que cuestiona el excesivo peso concedido a la inteligencia (Thomas & Loxley, 2007). Los anteriores antecedentes proporcionan las bases para que en 1961 la *American Association on Mental Deficiency* (AAMD), emita la siguiente definición de retraso mental: “funcionamiento intelectual general por debajo de la media que se origina durante el periodo de desarrollo y se asocia con limitaciones en la maduración, el aprendizaje y el ajuste social”

Esta definición es una clara muestra de la visión en torno a la discapacidad intelectual en los años sesenta; una visión psicológica desarrollista ligada a la adaptación del ambiente:

- a. Presentación precoz.
- b. Funcionamiento intelectual disminuido por trastorno del desarrollo.
- c. Incapacidad para adaptarse a las exigencias de la sociedad.

²⁵ Las leyes de Mendel fueron redescubiertas en 1900 por los biólogos; por Hugo Marie de Vries, Carl Correns y Erich von Tschermak.

2.3.2. Prácticas sociales de las que ha sido objeto el niño con discapacidad

A inicios del siglo XX, se alcanza mayor participación del Estado mediante el avance en medidas legales e institucionales en favor de las personas con discapacidad, se puede considerar la era de las instituciones asistenciales en las que se armoniza tratamiento médico con educación. Se aborda la deficiencia desde la perspectiva de *enfermedad y curación*, no obstante, aún es considerada como *irrecuperable*, se desarrollan dos líneas de actuación (Aguado Díaz, 1995):

- a. Leyes dictadas en favor de los llamados *anormales*, término en el que se incluye a los deficientes mentales, sordos, ciegos y otros.
- b. Disposiciones en favor de los accidentes laborales y excombatientes.

En las prácticas, en relación con los niños con discapacidad intelectual se puede observar una visión social proteccionista y objetivante en la custodia permanente y la esterilización.

En los Estados Unidos, con la segunda guerra mundial, finalizó la discusión en torno a la eugenesia (Thomas & Loxley, 2007); durante la guerra, fueron reclutadas personas diagnosticadas con deficiencia que estaban en instituciones; se les extrajo de las instituciones, se les evaluó, se les proporcionó un programa de adiestramiento especial, se les remuneró por su trabajo (se les asignó un papel social activo y responsable), y ellos respondieron. Con base en esta experiencia, Aguado Díaz, se pregunta si no será el tratamiento especial lo que hace sujetos especiales, y enfatiza: si la educación especial no será “más que un sustituto de las oportunidades sociales que se les niegan.” (Aguado Díaz, pág. 181)

Este descubrimiento posibilita la puesta en práctica de la psicoterapia con personas con deficiencia, aunque sin mucho éxito social debido a la esperanza que suscita la farmacología (Aguado Díaz, 1995). También, constituye un ejemplo claro del factor social y subjetivo en

relación con la discapacidad; en las oportunidades que la sociedad puede proporcionar para abrir espacios que permitan re-significarse, para que la persona pueda pasar de ser considerado objeto de intervención a posicionarse como sujeto de deseo.

2.3.2.1.Educación

Entre los aportes para la educación de las personas con discapacidad, Avanzini (2000), traza una línea de estudiosos que inicia con Itard, continúa con Édouard Seguin, Désiré-Maglorie Bourneville, María Montessori y Alfred Binet, de los cuales menciona los aportes que realizaron a la educación de los niños con deficiencia, sus ideas de la modificabilidad de la inteligencia sientan las bases para que al final del siglo XIX e inicios del XX se produzca un auge de escuelas especiales en las que el Estado asume cierta responsabilidad social, combinando el tratamiento médico y la educación. Estos son logros que se obtienen en esa época, sin embargo no ocurren sin contradicciones puesto que ellos implican nuevas formas de segregación. Por ejemplo, había que educar por separado a los niños con alguna deficiencia “por su bien” y por el bien de los demás (Thomas & Loxley, 2007). Avanzini, (2000), lo especifica cuando menciona que la adopción de la ley del 15 de abril de 1909 en Francia, obedece “al afán de mejorar la eficacia de la escuela”, pero también al “temor de los riesgos sociales con los peligros de “contagio mental” inherentes a la presencia de niños anormales en la escuela” (pag. 264).

2.4.Modelo socio-ambiental. Visión social-ambientalista. Década de los años sesenta.

2.4.1. Saberes predominantes en la época que configuran la visión del niño con discapacidad

Al llegar los años sesenta del siglo XX, el saber sobre lo humano ya era bastante complejo; mientras la medicina contribuaba llevando a cabo descubrimientos, la psiquiatría no termina de categorizar, y la psicología insiste en abordar al individuo desde lo funcional; pondera la existencia de una inteligencia individual e inmutable. La pedagogía por su parte, no consigue marcar su límite. Son los bordes de estos saberes que se dirigen a lo individual, a la causa en el individuo donde se incerta lo social, ahí aparecen los otros que nutren, que educan, que acompañan; que incluyen o no al niño con discapacidad en una red de simbolización que lo constituya.

Lo constituyente a partir del otro ya estaba puesto en juego desde antes, no obstante en el campo del saber científico empieza a aparecer como resultado de las investigaciones de los años veinte, en los que se muestran los factores ambientales y raciales en relación con el desempeño intelectual (Thomas & Loxley, 2007). En concreto, en los años sesenta ejerce una fuerte influencia el factor social en relación con la concepción sobre el diferente (de raza, social, genero, discapacidad); se instaura *una visión social* que en relación dialéctica con los saberes y los movimientos sociales y culturales, marcará en adelante las concepciones sobre el niño con discapacidad y las prácticas sociales en torno a él.

En ese momento, los años sesenta, predomina una visión social fuertemente matizada por ideas relacionadas con la influencia del ambiente en torno a la discapacidad *modelo socio-ambiental*, en el que se sitúa el acento en el ambiente social, por encima de la visión demonológica, organicista o psicologista de los modelos anteriores. Después del gran auge que tuvo la psicología en el desarrollo de los saberes a finales del siglo XIX y principios del XX, empieza a verse cuestionada, parece que las verdades que pregonaba en relación al conocimiento

del individuo no eran del todo los que definen al sujeto. Los factores que potencian este cambio de acuerdo a Aguado Díaz (1995), son:

Crisis del modelo médico y psiquiátrico: se coloca en tela de juicio la efectividad de las instituciones dedicadas a la salud mental, en el campo de *la deficiencia* tiene lugar un proceso que cuestiona la función de los internados, en consecuencia se propone la integración escolar y la integración a la comunidad.

Crisis en las concepciones diagnósticas: tradicionalmente ha existido un estrecho lazo tanto del diagnóstico psiquiátrico como del psicodiagnóstico con la clasificación y el etiquetado, al mismo tiempo se les ha cuestionado su distanciamiento en relación con la intervención; al primero se le cuestiona la utilidad y la validez de la nosología psiquiátrica tradicional, al segundo se le critica el excesivo uso de los test, su utilidad y la confiabilidad, así como su aislamiento en relación con la psicología científico-experimental.

Crisis de la psicología clínica y profesional: en primer lugar, se cuestiona la efectividad de las psicoterapias; de las cuales se discuten sus resultados, así como su aplicación al campo de las deficiencias. En segundo lugar, las limitaciones al producirse como intervención en el plano individual, cuando lo que se espera es su aplicación en la comunidad. En tercer lugar, la evolución de la psicología profesional que se desarrolló hacia la organización con un enfoque tendiente a la psicología social, y la psicología educativa deriva de la tendencia a la clasificación y a la etiquetación.

En suma, parece que a partir de los años '70 del siglo XX, los saberes del campo psicológico son fuertemente cuestionados, sin embargo, esto no impide que el movimiento rehabilitador que deriva de la rehabilitación física influya en el ámbito de la psicología, ahora

emparentada con la sociología, dando lugar a la llamada psicología de la rehabilitación y a la psicología comunitaria. Estas tendencias en psicología se evidencian en el nuevo modelo de formación de psicólogos comunitarios propuesto en la Conferencia de Boston (1965) y avalada por la APA en 1967, cuya formación se enfoca en llevar un papel más activo en el cambio social (Aguado Díaz, 1995).

No solamente son los saberes en el campo psicológico los que se ven obligados a mirar hacia otros horizontes, lo que ocurre más bien es un intento de descentramiento de la visión tradicional de la enfermedad mental ligada a lo médico. Esta nueva visión permite una ampliación de la base profesional del campo, ahora lo que tiene que ver con el sujeto y “su salud física, psíquica y su educación” va a tener que ser analizado desde un punto de vista *multiprofesional*.

Antes de cerrar este apartado, es necesario llamar la atención en que los cuestionamientos a la psicología y la psiquiatría parecen llevar en el fondo esa pregunta que no se alcanza a contestar en torno a lo humano; en este momento ya se sabe que el saber sobre el humano no se encuentra en lo divino, tampoco en el funcionamiento orgánico, pero ya se observó que la interacción con los otros humanos ejerce un papel elemental en la constitución subjetiva, no obstante la concepción de lo social de ese momento, muy influida por los saberes científicos al enfocarse en lo ambiental, no alcanza a vislumbrar esta dimensión subjetiva; a pesar de que se toma en cuenta el ambiente social, el niño con discapacidad aún es visto como el portador de un déficit al que es necesario, ayudar, asistir, recuperar o normalizar.

2.4.2. Prácticas sociales de las que ha sido objeto el niño con discapacidad

La sociedad también se había complejizado, en relación con los niños, la escuela ya era obligatoria en casi todos los países, lo cual implicaba que todos tenían derecho a la educación, es decir, llegaban a la escuela niños que en otra circunstancia no lo habrían hecho. No hacia mucho aún era dirigida a quienes podían pagar por ella o a quienes se les procuraba como un acto de caridad. En suma, el Estado en el compromiso de proporcionar el acceso a la educación para todos impone estándares a los sistemas educativos que se complejizaron ante la diversidad. Estos elementos contribuyen para que en los años sesenta se observe mayor interés por los niños; aumenta la responsabilidad ciudadana en la presentación de servicios, aparecen escuelas especiales dirigidas a minorías de niños. Se multiplican los centros de atención a niños con discapacidad para los cuales existía diversidad de enfoques; se fundan comunidades terapéuticas, hospitales de día y centros de salud mental. Las estrategias de intervención se transforman de una visión individualizada a un enfoque comunitario (Aguado Díaz, 1995).

En el entorno sociopolítico se empiezan a escuchar las voces de los activistas sociales; fortalecen el reconocimiento de los derechos humanos y civiles entre los que el derecho a asistencia ocupa un lugar preferente (Aguado Díaz, 1995)

Entre las contradicciones que se pueden mencionar del modelo socio-ambiental es que como correlato de la proliferación de centros, se plantea la desinstitutionalización y la reinserción en la comunidad de las personas diagnosticadas con enfermedades psiquiátricas. No obstante, no existía preparación para llevarla a la práctica quedando en la mayoría de los casos en una reinserción parcial, meramente cuantitativa. Por otro lado, a pesar de que en esta visión se enfatiza el interés por los niños con discapacidad en la educación, en general se protegía la

eficiencia de la escuela para las mayorías. En concreto, los movimientos civiles abrieron la posibilidad de cuestionar un tipo nuevo de segregación: “la segregación según la capacidad y la discapacidad en lugar de según la raza”. (Thomas & Loxley, 2007, pág. 63)

2.5. Modelo bio-psico-social. Visión social-influida por el saber médico. Década de los años setenta.

2.5.1. Saberes predominantes en la época que configuran la visión del niño con discapacidad.

En los años setenta se identifica el modelo bio-psico-social, cuya particularidad es que recupera cierto protagonismo el aspecto biológico, a raíz de los avances en las ciencias biomédicas: el descubrimiento del número de cromosomas en la especie humana en 1955 por Tijo y Levan crea una mayor expectativa en los saberes de la medicina. En relación con la comprensión sobre el síndrome de Down, Lejeune en 1957 demostró la presencia de un cromosoma “extra” en un niño (Aguado Díaz, 1995), en adelante se renueva esta fascinación por lo que la medicina puede descubrir del funcionamiento del cuerpo humano.

Al retomarse los determinantes biológicos en el enfoque bio-psico-social se presume una visión multicausal de la discapacidad; lo biológico, lo psicológico y lo ambiental, ante lo cual se ofrece un nuevo puente de comunicación entre estas ciencias, lo cual obliga a un diálogo multiprofesional. Las especialidades de la psicología que constituyen esta visión son psicología de la rehabilitación y psicosomática, posteriormente la psicología de la salud y psicología comunitaria. La psicología de la rehabilitación que inicialmente se apoyaba en la teoría de

campo, ahora se nutre de otros enfoques como la modificación de la conducta, la psicología ecológica (Aguado Díaz, 1995).

Con esta visión *multiprofesional*, desde los años '70 se pretendió abordar al ser *bio-psico-social* en el que se ha constituido socialmente el niño y principalmente el niño con discapacidad, a la sombra de la hegemonía médica, en la que el individuo aparece como el poseedor de un déficit, de una alteración. No obstante, nuevas voces teóricas empiezan a surgir, principalmente entre las mismas personas con discapacidad; en países como Gran Bretaña y Estados Unidos, investigadores como Len Barton, Colin Barnes, Mike Oliver y Tom Shakespeare, empiezan a generar un cuerpo teórico propio; los *disability studies*, en los que la discapacidad ya no es concebida como algo inherente a la persona, sino como una construcción social, desde esta visión se critica la idea de discapacidad que se ha construido en función de los ideales sociales de desarrollo y productividad, puesto que se promueve una visión social, para la que la discapacidad deja de ser una tragedia personal sino un constructo social. No obstante, aún hay un camino largo por transitar.

2.5.2. Prácticas sociales de las que ha sido objeto el niño con discapacidad.

A pesar de los grandes cambios en las legislaciones de todo el mundo durante los años '70, la discapacidad es conceptualizada como un déficit, desde esta visión las prácticas se centran en la discapacidad como algo que le afecta al individuo que la *padece*, desde el modelo médico, centrado en el niño; modelo de diagnóstico y tratamiento (Thomas & Loxley, 2007). Este poder recuperado por las ciencias médicas, no se debe sólo a los nuevos descubrimientos, ni al poder que ellas ejercen en nuestra cultura, sino el poder que como cultura se les otorga; es más cómodo

pensar que lo ocurre al individuo es algo que le pasa exclusivamente a él, que ya no es atribuido a los dioses, sino al cuerpo, ese cuerpo real del que nada se quiere saber.

2.6. Modelo social. Visión social. A partir de los años ochenta

2.6.1. Saberes predominantes en la época que configuran la visión del niño con discapacidad

Aguado Díaz (1995, pág. 234), refiere cierta crisis en los años '80; la coexistencia de diversidad de modelos que surgen ante la complejidad de perspectivas, la proliferación de áreas estudiadas, la necesidad de contextualizar la conducta y el compromiso con problemas sociales anticipan modos plurales de actuación. En relación con la visión de la discapacidad, menciona que aunque no siempre delimitables ni compatibles confluyen influencias tradicionales al lado de los nuevos saberes. Sin embargo, enfatiza que se produce una mayor conexión con las corrientes dominantes en la sociedad, en especial con los movimientos de los derechos civiles, sobre todo, con las tendencias en favor de la calidad de vida.

En la visión sobre la discapacidad y las prácticas inherentes a ella, el autor señala tres direcciones:

1. La expansión del *principio de normalización* hacia todas las personas con discapacidad.
2. La expansión y generalización de los avances en *educación especial* a todas las discapacidades, en los que se ponen en práctica *programas* diseñados para problemas comunes a sujetos con diferentes discapacidades, evidenciando el pluralismo conceptual y técnico.
3. La expansión del *movimiento rehabilitador* y de la *psicología de la rehabilitación*.

El *Principio de normalización*²⁶ que en un principio fue formulado en relación con la discapacidad intelectual, W. Wolfensberger lo reformula con una visión más incluyente:

Normalización es la utilización de medios culturalmente normativos (familiares, técnicas valoradas, instrumentos, métodos, etc.), para permitir que las condiciones de vida de una persona (ingresos, vivienda, servicios de salud, etc.) sean al menos tan buenas como las de un ciudadano medio, y mejorar o apoyar en la mayor medida posible su conducta (habilidades, competencias, etc.), apariencia, vestido, aseo, etc.), experiencias (adaptación, sentimientos, etc.), status y reputación (etiquetas, actitudes, etc.) (Citado en Rubio Jurado, 2009, pág. 2).

Este principio implica la aceptación de las diferentes discapacidades en función de las cuales se establecen los apoyos acordes a las necesidades de la persona, significa por lo tanto un cambio cualitativo en la intervención a través del cual, de acuerdo a Verdugo 1993²⁷, se transita del paradigma de la rehabilitación al de autonomía personal (Ramos Feijóo, 2008). De acuerdo a estos autores, el principio de normalización, es el elemento esencial para la puesta en marcha de la *integración escolar* cuyo principal referente fue el *Informe Warnock* (Reino Unido 1978), en el que se postula la idea de *necesidades especiales*, para las que se precisan atenciones especiales, pero respetando el derecho a la educación dentro del sistema regular. (Rubio Jurado, 2009). De acuerdo a esta visión, en adelante, ningún niño habrá de ser considerado como ineducable.

²⁶ Formulado por Bank-Mikkelsen a finales de los años cincuenta: “La posibilidad de que los deficientes mentales lleven una existencia tan próxima a lo normal como sea posible” (Referido por Rubio Jurado (2009), pág. 1)

²⁷ Referido por Ramos Feijóo, (2008).

En este contexto, las condiciones están puestas para que la visión social se manifieste con mayor claridad, para que se instaure el modelo social propiamente dicho, en el cual se concibe a la persona con discapacidad como sujeto, esencialmente “sujeto de derecho”²⁸. El concepto Modelo social de la incapacidad fue introducido por Mike Oliver en 1983, como articulador de análisis desde diferentes disciplinas, en este modelo descentra la mirada de la persona para situarse en las barreras construidas en los contextos, donde se acentúan las limitaciones y las transforman en discapacidad (SEP, 2011).

El modelo social, de acuerdo a Brogna (2006):

Propone una actitud autorreflexiva de las Persona[s] con Discapacidd. Esta mirada desde una posición de sujeto (en relación con otros actores sociales) permite señalar el desequilibrio de *poder* a favor de las instituciones y prácticas *normocéntricas* (Brogna, 2005) y favorece el surgimiento de movimientos sociales que reclaman cambios y acciones estructurales (culturales, actitudinales, normativos y no tanto coyunturales, asistencia social, servicios). Sus principios, análisis y postulados desafían a las Personas con Discapacidad a apropiarse del discurso con que “son dichas” ya a *nombrar la propia diferencia*. (pág. 68)

En este modelo el centro de interés está puesto no en la persona con discapacidad, sino en las circunstancias del entorno social, político, económico (Borton 1998) (citado por Brogna, 2006, pág. 68).

²⁸ (Brogna P. C., 2006)

2.6.2. Prácticas sociales de las que ha sido objeto el niño con discapacidad

Durante los años ochenta se intensifica la intervención comunitaria; bajo la óptica del principio de normalización se genera una proliferación de centros y servicios como continuación del movimiento preventivo y de la desinstitucionalización. Se logra que el tema de la discapacidad adquiera progresiva importancia y complejidad, existe mayor participación de los gobiernos, sin embargo la crisis económica condiciona la política asistencial, por lo que el activismo social y la participación de los padres se convierten en esenciales (Aguado Díaz, 1995).

Los años noventa, son un parte aguas en el marco jurídico en relación a la educación para las personas con discapacidad: en 1990 se celebra la conferencia Mundial sobre Educación para Todos “Satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje” realizada en Jomtiem Tailandia en 1990 y la “Declaración de Salamanca de Principios, Política para las Necesidades Educativas Especiales (1994) en la que se apuesta por un cambio más radical y complejo, “la educación inclusiva” (Echeita, 2007, pág. 37).

Al finalizar el siglo XX existen los elementos teóricos y jurídicos para que ningún niño cualquiera que sea su condición sea discriminado en las escuelas. No obstante las prácticas el día a día, en la concepción general es que la inclusión no se ha logrado.

2.6.2.1. Inicios del siglo XXI. Visión social ante la diversidad y la complejidad.

En el terreno educativo, el nuevo siglo inicia con un mirar hacia atrás, en el terreno educativo se analizaron los logros y fracasos a través de la evaluación realizada en el marco del *Foro Mundial sobre Educación*, celebrado en abril del año 2000 en Dakar, Senegal, convocado por

la UNESCO, en el cual se puso de manifiesto la pobreza, la desigualdad y la exclusión como constantes en los países miembros. De ella se desprende como imperativo “la formulación de políticas educativas inclusivas y el diseño de currículos diversificados para atender a la población excluida por razones individuales, de género, lingüísticas o culturales” (SEP, 2010, pág. 227).

En ese mismo año aparece el *Índice de Inclusión. desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas*, escrito por Tony Booth y Mel Ainscow, editado por la UNESCO. Este índice es un conjunto de materiales diseñados para apoyar a las escuelas en el avance hacia una educación inclusiva, su esencia es construir comunidades escolares colaborativas centradas en la promoción de mejores niveles de logro educativo. En él se enfatiza que la inclusión consiste en eliminar o disminuir las barreras para el aprendizaje y la participación de los alumnos, destaca que estas barreras existen tanto en la escuela como en la sociedad, y consisten en la falta de reconocimiento de la diversidad escolar o social. Por lo tanto, se advierte que al no reconocer la diversidad se limitan las posibilidades de aprendizaje y de participación, lo cual puede conducir a la exclusión y la discriminación (Booth y Ainscow, 2000)²⁹.

El *índice de inclusión* sienta las bases para que en el discurso mundial se empiecen a abandonar las ideas de Integración y Necesidades Educativas Especiales para transitar hacia las ideas de Inclusión y Barreras para el aprendizaje y la participación (SEP, 2011).

Por otro lado, la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* aprobada el 13 de diciembre de 2006, es un tratado en el que se recogen los derechos humanos de las personas con discapacidad y la obligación de los Estados de promover, asegurar y proteger esos derechos, en ella se reconoce la discapacidad como:

²⁹ Citados por SEP (2010, pág. 228).

...resultante de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras impuestas por la escuela o la sociedad, mismas que son creadas por las personas a su alrededor con sus actitudes y por un entorno inadecuado el cual evita su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás” (SEP, 2010, pág. 229).

Sin duda, la visión desde el modelo social es un gran avance en el camino hacia el logro del bienestar y de una mejor calidad de vida del sujeto, no obstante, Verdugo (2009) recomienda situarse en una perspectiva integradora, al tiempo que advierte el riesgo de caer en reduccionismos al apostar a una perspectiva exclusivamente social, asegura que se puede tener una visión contextualizada sin negar las variables personales.

Es posible que Verdugo tenga razón y sea necesario no perder de vista el contexto, no obstante, esta vuelta hacia las variables personales que propone en su discurso deja ver cierto retorno a señalar al individuo y a la discapacidad como algo que concierne solamente a él, concepción correspondiente con una concepción centrada en lo médico y lo psicológico individual. A través de este señalamiento sobre el aparente retorno al déficit en el discurso de Verdugo pretendo llamar la atención sobre la importancia del discurso en tanto éste construye objetos, los cuales, de acuerdo a Foucault (1969/2010), se edifican a través de las condiciones positivas de un haz de relaciones que se establecen entre instituciones, procesos económicos, formas de comportamiento y sistemas de normas que le permiten aparecer, yuxtaponerse a otros objetos. Entonces, existe una unidad discursiva que constituye la discapacidad como objeto en tanto que, en los diferentes momentos históricos, en las sociedades han existido unas prácticas, actitudes, saberes, teorías y reflexiones en torno a ella. La relación que se establece entre acontecimientos y discursos, así como la diferenciación de la discapacidad entre otros objetos del

discurso³⁰ configuran una unidad discursiva en torno al objeto discapacidad. Foucault precisa que el discurso no es una epistemología ni una ideología, es una descripción, por lo tanto se puede hablar de una unidad discursiva en torno a la discapacidad sin que sea necesario que exista una lógica epistemológica, de tal manera que en torno a la discapacidad como objeto pueden girar diferentes campos. La pregunta sería si existe un discurso propiamente educativo en torno a la llamada discapacidad, y si es así cuáles son las condiciones de emergencia.

2.7. Condiciones de emergencia del discurso sobre discapacidad y su relación con la educación.

La historia de la discapacidad es una historia de los límites, de cómo los hombres a lo largo de la historia han establecido diferencias entre los hombres; los que consideran semejantes, y los que no consideran semejantes que serán ubicados en el lugar de la exterioridad, lugar de lo Otro. Toda época histórica constituye su visión o su imagen del mundo; hablar de diferencia implica que eso que no es semejante puede ser connotado como diferencia positivizada o negativizada: la primera implica implicar esta diferencia como mítica, ideal, valorada; la segunda, cobra diferentes figuras a lo largo de la historia. La llamada discapacidad, en la modernidad se constituyó como una de las figuras de la diferencia negativizada (Jacobo, 2010); se estableció la individualización progresiva de la discapacidad como algo que concierne al individuo que “la padece”.

³⁰ Por ejemplo, la separación conceptual que realiza Esquirol a inicios del siglo XIX entre la deficiencia mental (amencia; ausencia de la mente) del terreno de la enfermedad mental (demencia; pérdida de la mente) puede considerarse un elemento de diferenciación entre enfermedad mental y lo que hoy se nombra discapacidad intelectual.

En la línea del tiempo (**ANEXO 2**) se realiza un seguimiento de los saberes prácticos y actitudes en torno a las personas con discapacidad, así como las prácticas discursivas que van configurando la llamada *Educación Especial*.

En esta línea del tiempo, también se puede apreciar que en las primeras épocas de la humanidad, la discapacidad³¹ habrá existido y el grupo social desde una visión místico-religiosa pudo atribuirle a poderes malignos, por lo tanto, el destino para el niño o la persona era el exterminio. Desde una concepción del mundo que pretende el avance de la sociedad la posibilidad de que el niño se convirtiera en un “futuro ciudadano” lleva a elegir entre permitir la vida o el exterminio, las personas con discapacidad se van convirtiendo en objeto de depreciación social condenados a diferentes formas de exclusión.

Con el avance de la influencia del cristianismo la figura de la exclusión queda representada por los pobres, vagabundos y alienados; conglomerados de personas en los que seguramente estaban personas con discapacidad; aún durante el renacimiento, socialmente la persona con discapacidad no estaba diferenciada, permanecía en esta heterogeneidad aglutinada en la pobreza como objeto de la asistencia social.

Como se puede apreciar en la **Tabla 1**, de acuerdo a los autores revisados en el presente capítulo es hasta los siglos XVIII y XIX cuando la discapacidad empieza aparecer como objeto de discurso, en un primer momento en el campo del saber médico, por el lado de las deficiencias intelectuales se dan los primeros intentos de diferenciar entre demencia y deficiencia mental. Posteriormente, a finales del siglo XIX e inicios del XX las ideas evolucionistas empiezan a

³¹ Aunque no como concepto, puesto que de acuerdo a Jacobo (2010), en los diferentes autores se utilizan diferentes conceptos como invalidos, deficiencia física o mental, insuficiencia, retardo, debilidad física o enfermedad, etc.

ejercer influencia sobre la idea de una naturaleza humana, un desarrollo normal posibilitando el nacimiento a los estudios del niño y sus procesos de desarrollo, lo cual da lugar a la idea de estudio sobre la normalidad (Jacobo, 2010); el discurso sobre discapacidad se mantiene desde una visión organicista. Por otro lado, la obligatoriedad escolar plantea nuevas interrogantes a través de los niños que “no aprenden” o “no se adaptan” a lo escolar, en este punto de unión se puede identificar el lazo tan estrecho entre la educación de los niños “diferentes” y el discurso médico.

Tabla 1. Prácticas sociales que configuran el discurso actual sobre la relación discapacidad y educación.

Antigüedad: a cargo de la sociedad; exterminio, esclavismo, mendicidad, objetos de caridad o castigo (amalgamados entre los pobres y vagabundos)	Renacimiento: a cargo de Iglesia o Estado; asilos, hospicios, correccionales (amalgamados entre los pobres, delincuentes y vagabundos).	XVIII-XIX: como parte del discurso de la psiquiatría que se hace cargo de lo médico y lo pedagógico; (entre las enfermedades mentales, la criminalidad . Aparecen teorías educativas.
XIX – XX : a cargo de instituciones asistenciales; en el discurso de la psiquiatría y la psicología vista como enfermedad-curación; ocurre la alarma eugenésica. Inicia escolaridad obligatoria	60s. Surgen gran cantidad de centros de atención de educación especial y centros de salud. El discurso social empieza a emerger a través de investigaciones y de la sociedad civil.	70s. Retoma influencia el saber médico el enfoque es multidisciplinario; diversidad de enfoques y programas.
80s. Modelo social cobra fuerza.	90s. Modelo social; Integración Educativa.	Nuevo siglo; Modelo social, Educación en la diversidad; educación inclusiva.

Durante el siglo XX se dan serios cuestionamientos a la psiquiatría y sus prácticas en tanto el discurso social empieza a tomar fuerza, sin embargo, éste último mantiene su hegemonía en la primera mitad del siglo y una gran influencia hacia la segunda mitad, durante las últimas

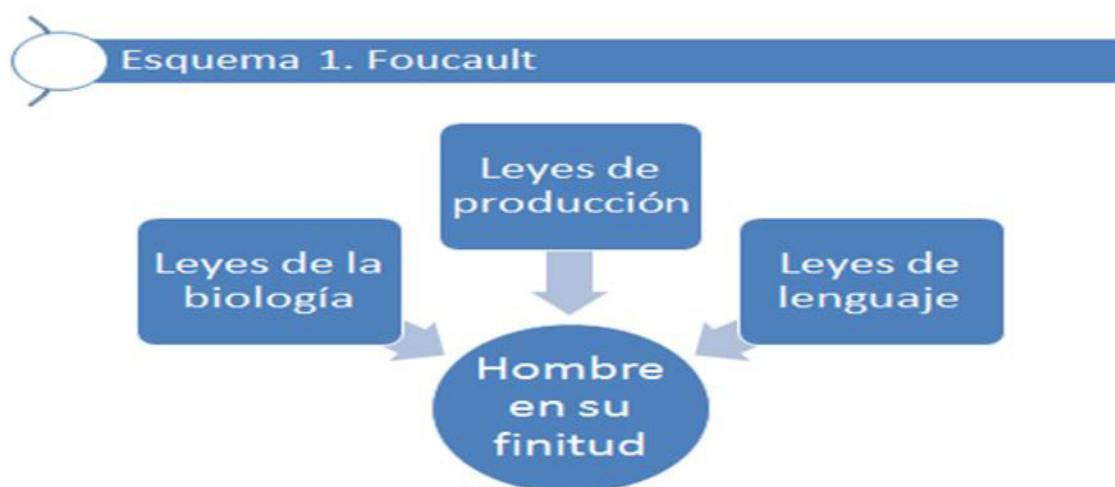
décadas del siglo XX la sociedad civil adquiere fuerza logrando entre otras cosas el derecho a la educación para todos.

Es así como se conjugan el discurso jurídico, el discurso médico y el discurso de la sociedad civil con el discurso educativo en la llamada *Integración educativa* durante los noventa, y la *Inclusión educativa* durante la primera década del siglo XXI, de tal manera que hoy no se puede negar el derecho a la educación (discurso jurídico y de la sociedad civil) del llamado “niño con discapacidad” (discurso médico). Estos discursos son los que en nuestra sociedad rigen actualmente y que influyen el discurso de la aún llamada *Educación Especial*, sin embargo, desde la postura de esta investigación el discurso de la pedagogía es el gran ausente, ausencia que denota también el discurso sobre el sujeto en relación con el saber; el sujeto que desea³². Y nuevamente surge la pregunta; con toda esta gama de saberes ¿es posible acceder al sujeto que desea, que sufre que siente?, ¿es posible acceder al sujeto más allá de lo orgánico?

Foucault, en *Las palabras y las cosas* (1966/1969) responde que no, al señalar que desde el siglo XIX, el hombre ha pretendido acceder a él mismo a través de la ciencia, y advierte que puesto que piensa, no se revela a sus propios ojos sino bajo la forma de un ser que es ya, en un espesor necesariamente subyacente, en una irreductible anterioridad; un ser vivo, un instrumento de producción, un vehículo para palabras que existen previamente a él, especifica que el hombre está dominado por el trabajo, la vida y el lenguaje: su existencia concreta encuentra en ellos sus determinaciones; no es posible tener acceso a él sino a través de sus palabras, de su organismo,

³² El sujeto del deseo no es constitutivo de la pedagogía: Freud inaugura una conceptualización del sujeto no de la razón, sino de deseo, y ello ha repercutido en las disciplinas, por eso es que desde la pedagogía, la psicología, la antropología, etc., lo han retomado. (Jacobo,Z.,2013) Comunicación personal.

de los objetos de fábrica –como si por ellos (y quizá sólo ellos) detentaran la verdad. **Esquema1**



En relación con los niños con discapacidad, se observa primero un rechazo al cuerpo (infanticidio), después cuando pasa a ser objeto de la ciencia médica, el cuerpo se convierte en el lugar de las posibles respuestas, entonces, si nos remitimos al análisis de Foucault no puede evitarse cuestionar: si sólo se puede acceder al hombre a través de lo *biológico*, como *instrumento de producción*, o como *vehículo para palabras*. Entonces, si el niño con discapacidad, en la escuela aún no tiene voz porque los demás lo hablan, al no escucharse su propia palabra se le restan posibilidades de intercambio simbólico; *no produce*, entonces, ¿qué posibilidad le queda para significarse ¿sólo el cuerpo?, ¿cómo significa el niño con discapacidad su propio cuerpo?, y sobre todo, ¿cómo significa el profesional de la educación el cuerpo de un niño con discapacidad?

CAPÍTULO 3. MÉXICO: LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN EL DEVENIR HISTÓRICO.

En México, la educación ha sido considerada uno de los pilares para la construcción de la sociedad, en el plano político generalmente ha estado en la mesa de las discusiones en busca de la estrategia educativa más adecuada para lograr llevar la educación formal a todos los rincones del país, en un intento de instruir a la mayor parte de la población (Bolaños Martínez, 2010; Larroyo, 1976). La idea de un proyecto educativo que permita mejorar la sociedad para lograr un mejor país es un elemento común en nuestras sociedades, apuesta a la el discurso educativo en México se adhiere.

Existe el reconocimiento de la gran importancia que tiene la educación en el cambio social y, yo me atrevería a decir como generadora de subjetividades. Sin embargo lo realizado hasta hoy no parece ser suficiente para el logro de una sociedad en la que se pueda convivir en pluralidad; se reconozca, se valore y se respete la diversidad; a la generalización escapan las singularidades.

Como respuesta a las grandes necesidades elementales a las que se ha enfrentado históricamente gran parte de la población en México, la beneficencia pública ha jugado un papel importante en un intento de compensar las necesidades básicas y por ende de educación. En los

tiempos posteriores a la conquista, la iglesia y la filantropía salieron al rescate. De acuerdo a la revisión histórica realizada en Larroyo (1976), tradicionalmente los grupos de niños objeto de asistencia han sido los siguientes:

- A. Los *niños en desamparo* que fueron abordados a través de la creación de hospicios u orfanatos, este tipo de apoyo inicia a la altura del siglo XVIII (Modelo organicista; visión; caritativa-represiva).
- B. Los niños que presentaban alguna discapacidad, que se aborda a partir de la creación de escuelas para niños con ceguera o sordera, este tipo de atención inicia en nuestro país a la altura del siglo XIX (Modelo organicista, visión caritativo-represiva; Modelo psicologista, visión médico-reparadora)
- C. Los llamados *jóvenes delincuentes* abordados a través de la creación de espacios correccionales para delincuentes, iniciado durante el siglo XIX. (Modelo organicista; visión; caritativa-represiva)³³

El siglo XX fue clave para el desarrollo educativo a nivel mundial, en el caso de México fue de gran importancia el reconocimiento por parte del Estado de la necesidad de implantar escuelas para que la mayoría de la población tuviera acceso a la educación formal. La creación de la Secretaría de Educación Pública en 1921 supondrá una perspectiva distinta en lo que concierne al cuidado y educación. Actualmente se ha avanzado en cobertura y en políticas, sin embargo existe la idea generalizada de que la escuela está fracasando en el intento de convertirse en un espacio generador de nuevos significados y de intercambio simbólico, falla que alcanza de una manera muy particular a la educación para los niños con discapacidad.

³³ El lazo medicina-justicia señalado por Foucault en: Historia de la locura en la época clásica, 1964/1998; Historia de la sexualidad. 1. la voluntad de saber, 1976/1981; Vigilar y Castigar, 1975/2009, y en Los anormales, 1974/1975, 2002.

Con la creación de la Dirección General de Educación Especial (DGEE) en los años setenta, parecería que al reconocer oficialmente a los niños que presentan alguna discapacidad como sujetos de educación, significaría un primer paso para que en adelante las personas con discapacidad fueran reconocidos como sujetos parte de una sociedad, no como objetos de caridad o de asistencia.

Durante las últimas décadas del siglo XX se generaron las políticas para favorecer la inclusión, sin embargo hacia el interior de las escuelas, en las prácticas, en relación con inclusión de los niños con discapacidad aún no se observan logros significativos. Pero, ¿qué elementos contribuyen para que a pesar de los intentos de avanzar en educación y en atención a la diversidad no se haya logrado aún una escuela para la diversidad y sobre todo, una sociedad en la que se reconozca la pluralidad.

3.1. Condiciones sociales y educación en el México poscolonial.

La conquista trajo devastación de la sociedad indígena, dejó en el sinsentido a los nativos, generando vagabundeo, vicios y suicidios ante la aparente pérdida de significado, uno de los primeros cuestionamientos entre los conquistadores fue si los nativos podían considerarse humanos, lo cual resolvieron a través de la intervención del latinista Julián Garcés ante el papa Pablo III, quien les da el estatuto de humanos considerándolos “capaces de fe cristiana” (Vázquez, 2006).

Fueron los frailes³⁴ quienes en un inicio se ocuparon de la educación en el intento de evangelizar a los nativos. Tarea que no fue sencilla dadas las condiciones de devastación en que encontraron a la sociedad indígena aunadas a las dificultades de idioma, a la resistencia y la

³⁴ Primero los franciscanos, después dominicanos y jesuitas.

desconfianza que generaban entre los nativos. No obstante, no tardaron en encontrar un medio adecuado para evangelizar; los niños, quienes a su vez se convirtieron en predicadores (Larroyo, 1976). Para lograrlo, partieron de lo estructurado, la organización educativa de la sociedad indígena: el Calmécac; educación para nobles aztecas y el Telpochcalli; educación para el pueblo (Vázquez, 2006). La educación en el Calmécac fue destinada a los hijos de los principales; en el cual vivían como internos, se les enseñaba religión, artes, lectura, escritura y canto. En este caso, el abordaje no significó grandes complicaciones ya que la forma de transmisión en éstos era originalmente de forma oral; los hijos de los nobles aztecas educados en estas instituciones poseían entrenamiento mnemotécnico. Sin embargo, en el Telpochcalli originalmente se ofrecía preparación para la vida diaria: siembra, pesca y guerra; de tal manera que los frailes tuvieron que hacer uso de su ingenio para cumplir la tarea pedagógica (Larroyo, 1976).

El adoctrinar niños en las instituciones existentes debió ser un gran reto, pero el verdadero desafío lo encontraron al tratar de evangelizar al pueblo, para lo cual emprendieron una tarea pedagógica que se retoma en el presente trabajo con el fin de llamar la atención en el hecho de que aún en las condiciones más adversas se puede lograr una tarea pedagógica: los niños del pueblo eran reunidos durante la semana al final de la misa y repartidos en grupos de acuerdo a sus conocimientos y sexo. Inicialmente sólo se les adoctrinaba, pero no tardaron en enseñarles oficios. Vázquez (2006), refiere que los religiosos al inicio abordaron su tarea con lenguaje de señas (creado en la circunstancia), pero poco a poco encontraron estrategias para comunicarse; al inicio escribían los vocablos indios, después se reunían para trasladarlos al vocablo de la lengua romance que consideraban más adecuado. Sin embargo, la tarea se complicó al trasladar conceptos religiosos al náhuatl, lo cual resolvieron grabando las oraciones con jeroglíficos en madera y las imprimían en papel de maguey o en otras materias utilizadas para los códices (Larroyo, 1976).

Otro elemento de la cultura retomado con fines evangelizadores fueron los cantos a los dioses, para lo cual tradujeron textos de la doctrina cristiana a la mexicana en ritmos graciosos y atractivos. Sin embargo, el uso de la danza fue más delicado, ya que se reprodujeron danzas paganas. También destacó el uso del teatro y de la pintura, esta última fue fundamental para explicar conceptos abstractos. Después de transcribir el náhuatl a caracteres latinos, intentaron también enseñar a escribir para lo cual utilizaron dibujos para enseñar las letras, el método fue unir letras para leer.

Aunque no se desprecian las habilidades pedagógicas de los frailes, su interés mayor era la evangelización, pero la sociedad devastada necesitaba antes de enriquecer el espíritu, calmar el hambre y salud; estar viva. Vasco de Quiroga (1470-1565), fue el primero en ocuparse del cuidado a través de la caridad, al crear una institución para aminorar la miseria y la explotación de los indios; en 1531 fundó el Hospital de Santa Fe y el Tzinzunzan, en los cuales atendía a enfermos y desamparados, además, se les enseñaba oficios y religión. En Vasco de Quiroga se identifica la influencia de Tomás Moro (1478-1535) y de Juan Luis Vives, este último, como se mencionó en el capítulo anterior, en ese momento estaba revolucionando con ideas con un enfoque social en la cultura española.

Durante los siguientes dos siglos, la educación de los niños fue esencialmente brindada a través del clero en algunas escuelas de jesuitas, y en algunos conventos de frailes, las clases pudientes enviaban a sus hijos a casas de maestros particulares, los cuales estaban agrupados en el Gremio de Maestros del *Nobilísimo Arte de Primeras Letras*.

Dos conflictos acompañaron a estos tiempos a la educación; a través de los cuales se muestra la actitud segregadora de ciertos grupos sociales: la insistencia de los maestros particulares en prohibir el magisterio a negros, mulatos e indios, así como la de someter a sus

ordenanzas a los clérigos³⁵. El segundo, creado por el cuestionamiento sobre la conveniencia o no de obligar a los indios a aprender el castellano; desde el siglo XVI, se indicó que los indios aprendieran voluntariamente el castellano, sin embargo, “prevaleció la idea sostenida por los frailes misioneros de que los sacerdotes se instruyeran en las lenguas indígenas por lo tanto durante casi dos siglos la obra de cristianización se desarrolló en el idioma de los vencidos” (Tanck de Estrada, 2006, pág. 36).

En resumen, en México, durante los dos siglos posteriores a la conquista la mayor parte de la población prevalecía en condiciones de desamparo, situación que fue medianamente aliviada a través de la intervención de los religiosos y algunos filántropos, quienes proporcionaban abrigo y cuidado, pero sobre todo educación religiosa. También se empiezan a manifestar conflictos del tipo político que tienen que ver con el control y el poder; como la conveniencia o no de enseñar el español a los nativos, y quiénes eran los indicados para ejercer la docencia. Conflictos que actualmente no son lejanos puesto que persisten sus subrogados. En la segunda mitad del siglo XVIII las epidemias que se venían sufriendo y la devastación posterior al hambre y la peste (Tanck de Estrada, 2006), provocan un nuevo golpe a la población reactivando la pobreza y la marginación; era tan crecido el número de pobres en situación de mendicidad que se generó un grave problema social; ancianos, inválidos, huérfanos y niños desamparados formaban conglomerado de desvalidos (Larroyo, 1976).

Tanck de Estrada (2006), refiere que para aliviar la situación, fueron abiertos algunos hospicios por iniciativa de particulares y el Estado; Fernando Ortiz, en 1763, abrió una casa hospicio en la que acogía a los más humildes. Carlos III en la Cédula de 14 de abril de 1764 dirigida al Virrey, ordenó que se recogiera a los niños desamparados con el fin de darles sustento

³⁵ En 1674 lograron que se aprobara que los sacerdotes que impartían enseñanza no gratuita se presentaran al examen gremial. (Tanck, 2006)

y educación, dando lugar a lo que constituye el *concepto pedagógico de hospicio u orfanato*. Por su parte, el Estado realiza sus primeros intentos de intervención: en 1782, se inició con la apertura de escuelas para pobres, sin embargo es hasta 1785 cuando incitaron al ayuntamiento a extender la escuela pública con el objetivo de proporcionar instrucción a los más pobres y disminuir el vagabundeo (Larroyo, 1976).

Nuevamente aquí, como vimos en los modelos a nivel mundial es la caridad de la iglesia la que inicialmente intenta dar alivio al desamparo que no era exclusivamente población con discapacidad.

Al inicio del México pos-independiente, según refiere Staples (2006), la educación quedó íntimamente ligada a la salud política y económica del gobierno. En esos momentos se padecía crisis económica como efecto del retiro del capital asignado a beneficencia pública por parte de España y a consecuencia de la guerra. Sin embargo, se manifestaba la necesidad de extender la educación primaria, lo cual implicaba dos innovaciones importantes:

- A. Extender la primaria en forma masiva.
- B. Remplazar el dogmatismo por un espíritu de investigación.

En el interés de separar la religión de la instrucción y encaminarla hacia una visión científica como medio de abatir el dogmatismo, se pueden identificar las ideas renacentistas, promovidas desde los países europeos, y que tuvieron eco en medios selectos de nuestra sociedad, pero que aplicadas en nuestro país en circunstancias críticas posrevolucionarias llevan sus salvedades.

El intento inicial por democratizar la educación fue a través de la enseñanza mutua o Método Lancasteriano (Bolaños Martínez, 2010; Staples, 2006; Larroyo, 1976), se impulsó la apertura de gran cantidad de escuelas beneficiando principalmente a la población de las

ciudades, las masas rurales continuaron siendo analfabetas debido a que la crisis económica limitaba las posibilidades reales para extender la educación.

También, en el camino a democratizar la educación, durante la segunda mitad del siglo XIX se generaron las primeras leyes, en la Ley Orgánica de Instrucción Pública para el Distrito Federal y territorios, (1867)³⁶, se estableció que la instrucción primaria sería gratuita para los pobres y obligatoria para todos, para los alumnos con sordera se especificaba que debían aprender lengua española escrita expresada por medio del alfabeto manual y pronunciada cuando el niño tuviera aptitud para ello, y en general, “...para las niños horticultura y jardinería práctica; para niñas, trabajos manuales de aguja, bordado, gancho, así como teneduría de libros para los que presentaran aptitud” (SEP, 2010, pág. 25).

A través de esta referencia se observa cómo, de entrada y sin discursos extras están incluidos los niños con sordera; sólo se especifica para ellos lo mismo que para cualquier otro niño; lo que puede hacer en función de sus aptitudes; la aptitud, del latín *aptus* “capaz para”. La habilidad del niño para aprender consistía en reconocer sus facultades y deseos, proporcionarle académicamente las herramientas necesarias para el logro del aprendizaje. Es decir, especificaciones de acuerdo a su particularidad y sus posibilidades.

En adelante, con la llegada de Porfirio Díaz a la presidencia se continúa con el interés por la unificación de la educación, se realiza el Primer Congreso Nacional pedagógico 1889-1890, el cual recibió influencia de las ideas de Jules Ferry, líder de la educación obligatoria, laica y gratuita en Francia. Empero las mayorías en el país continuaban sin educación, y en el desamparo.

³⁶ Referida en SEP (2010).

Arce Garza (2006), refiere que en el México posrevolucionario, se continuó con el proyecto de una educación como instrumento de desarrollo y como impulso de los ideales revolucionarios sin embargo puntualiza que estos últimos no eran del todo claros. Larroyo (1976), por su parte menciona que durante el período comprendido entre 1924 y 1934, el sistema educativo tuvo una gran expansión, sobre todo en el área rural, y aclara que pero no se obtuvo el éxito anhelado debido a que gran cantidad de población no asistía a la escuela por diferentes motivos; la desconfianza en la enseñanza que se impartía a la cual no se atribuía utilidad práctica, las escuelas estaban alejadas, y sobre todo, los niños estaban incorporados a las labores productivas.

En el aspecto político existían pugnas por ejercer control sobre el contenido de la enseñanza (Arce Garza, 2006), aunque se concebía la educación como agente unificador y como medio para crear una nacionalidad vigorosa, los conflictos políticos y religiosos evidenciaban la falta de acuerdos que se manifestaban en diversidad de ideas. En palabras de Arce Garza, “Coexistieron y se enfrentaron constantemente la educación católica, la educación laica, la escuela racionalista, la educación activa, la educación socialista y muchas otras” (2006, pág. 146). Esta autora precisa que ocurrieron grandes pugnas entre ideólogos y políticos, empero se olvidaron de pensar en cómo llevar las ideas al pueblo, afirma: “Muchos maestros nunca entendieron el contenido de las reformas ideológicas que tanto hacían en la capital, así que siguieron fieles a sus métodos tradicionales” (pág. 147).

A través de este breve recorrido histórico, se pueden identificar tres constantes:

- a. La pobreza y la marginación en una gran cantidad de población.
- b. La visión de la educación desde una concepción objetiva, práctica y como factor de desarrollo.
- c. Los conflictos políticos e ideológicos como prioritarios por encima de las necesidades reales de la población, lo cual era manifiesto en la falta de preparación de los maestros.

Estas constantes prevalecen aún en la actualidad aunadas a la desigualdad y a la falta de oportunidades para la mayoría de la población y sobre todo para la población vulnerable; para las personas con discapacidad, es hasta la segunda mitad del siglo XIX cuando se empieza a generar un discurso en torno a ellos. Pero ¿cuáles son los discursos que se han generado en nuestro país sobre las personas con discapacidad?, ¿cuáles son las prácticas?, ¿qué modelos y visiones prevalecen en las prácticas educativas?

3.2. Modelos y visiones en Educación Especial en México.

En nuestro país, tradicionalmente la diversidad no ha sido reconocida como tal, estamos en una sociedad para la que lo que no entra en los estándares esperados es calificado como anormal, valoración que evidencia la influencia de los saberes circulantes en los discursos extranjeros en ligados a una visión que pretende abordar lo humano desde una concepción científica.

Es ilustrativa la clasificación que realiza Rodolfo Méndez de la Peña (1906) según referencia encontrada en SEP (2010), en el artículo *Infancia anormal* establece una clasificación a la *científica* en la que caracteriza a los llamados *anormales* de la siguiente manera: *anormales físicos*, enanos, jorobados, cojos, inválidos en general, con inteligencia normal o desarrollada; *Anormales sensorios*, tienen mal desarrollado o no desarrollado uno o más sentidos (ciegos, sordos, mudos, afectados por la palabra) que pueden ser educados con métodos especiales; *anormales intelectuales*, tienen imperfectas las funciones cerebrales y sensoriales (imbéciles, idiotas y perezosos); *anormales del sistema nervioso o anormales patológicos*, pueden tener sentidos e inteligencia normal, pero presentan alteraciones del sistema nervioso (histéricos, epilépticos, o mal de San Vito y los de rostro, y ademanes convulsivos, neurasténicos e

hiperestésicos); *Anormales pedagógicos*, niños con inteligencia y desarrollo normal, sin embargo ignorantes debido al abandono en que han vivido.

Esta descripción claramente biológica que remite a la idea de la clasificación de las especies, muestra el discurso médico que prevalecía a inicios del siglo XX en relación con la ahora llamada discapacidad. Sin embargo, este autor, en sus observaciones dejaba ver cierto interés por el componente humano; crítica al hecho de que la instrucción se hubiera enfocado principalmente a niños con ceguera y con sordera, además, criticaba que para los demás niños se habían creado casas correccionales. También enfatizaba en la necesidad de una educación más enfocada a las cualidades de los niños: "...si fueran tratados en escuelas *ad hoc* a sus necesidades, con métodos apropiados a sus facultades, podrían adquirir una educación que a futuro los librara de ser viciosos, vagabundos o delincuentes" (SEP, 2010, pág. 31).

En lo que se lleva revisado en este capítulo se identifica que existe coincidencia entre el Modelo organicista que se configura desde el renacimiento a finales del siglo XIX en nuestra cultura, con el Modelo que prevalece a fines del siglo XIX en nuestro país, sin embargo, ¿cuáles son los modelos que se configuran durante el siglo XX y hasta la actualidad?

En el discurso oficial (SEP, 2010), se delimitan los siguientes modelos:

1. Modelo asistencial (1870-1970), para la atención de las personas "atípicas, "deficientes mentales", "sordomudos" y "ciegos".
2. Modelos rehabilitatorio y médico terapéutico (1970-1979), dirigido a personas con discapacidad y para la infancia con dificultades en el lenguaje y el aprendizaje.
3. Modelo psicogenético-pedagógico (1980-1989), atención a las personas con requerimiento de educación especial.
4. Modelo de integración educativa (1990-1999), para la atención de las personas con Necesidades Educativas Especiales con o sin discapacidad.

5. Educación inclusiva (2000-2010), modelo social para la atención de las personas que enfrentan barreras para el aprendizaje y la participación.

Estos modelos están diferenciados en función de la organización de la historia desde el discurso oficial, no obstante, en vista de que el sentido de este trabajo es identificar los discursos tras las visiones y las prácticas, me remitiré a definir los modelos de la Educación Especial en México en función de algunos datos históricos relacionándolos con los modelos y visiones identificados en el capítulo 2. Es importante recordar que para los fines del presente trabajo la prioridad no es contar la historia³⁷, sino tomar elementos históricos que permitan identificar las prácticas y los saberes prevalecientes en la época para observar la génesis, transformación o continuidad de los modelos.

De acuerdo a los discursos identificados en cada momento histórico en relación con la discapacidad y las prácticas educativas se realizaron los siguientes cortes:

1. Modelo organicista. Finales del siglo XIX. Visión caritativo- represiva.
2. Modelo psicologista. De inicios del siglo XIX a los años setenta. Visión médico reparadora y Visión normalizadora asistencialista.
3. Implementación de un modelo psicogenético. De los años 80 a inicios de 90. Los grupos integrados.
4. La Reforma Educativa del 93 y la Educación Especial en México: La integración educativa.
5. El PNFEIE y la educación inclusiva.

³⁷ Para profundizar en los hechos históricos, el lector se puede remitir a Jacobo (2010); SEP (2010), Gudiño Ochoa (2007); Sánchez Escobedo, (2003).

3.2.1 Modelo organicista. Finales del siglo XIX

Como ya se mencionó, a finales del siglo XIX, las escuelas especiales consistían en establecimientos dedicados a la educación de los alumnos con ceguera, con sordera, e *idiotas*, así como las penitenciarias y las correccionales, o aquellas que enseñaban una determinada profesión y oficio (Manterola, 1891)³⁸, veremos en seguida las condiciones de emergencia de estas instituciones y los discursos que las acompañan.

3.2.1.1. Caridad y dispensa para niños con discapacidad

A finales del siglo XIX, se crean las primeras escuelas para personas con ceguera y con sordera, a cargo de la filantropía: la primera escuela para niños con sordera fue creada en 1866, “La Escuela Municipal de sordomudos”³⁹ (SEP, 2010; Vega Muytoy, 2011). En 1870 se inauguró la Escuela Nacional para Ciegos con sistema Braille (Larroyo, 1976; SEP, 2010). Los antecedentes sobre la creación de estas instituciones proporcionan elementos para abordar la visión con la que inician las prácticas educativas asociadas a discapacidad en nuestro país.

La Escuela Nacional de Sordomudos creada por iniciativa y gestión del francés Eduardo Adolfo Huet Merlo, quien tenía sordera, llegó a México en 1866 con experiencia como profesor en Francia y Brasil; logró inicialmente que se concediera un espacio en el Colegio de Letrán, además, que se le otorgara un sueldo por parte del Ayuntamiento, y localizó a niños sordomudos para proporcionarles instrucción. Posteriormente, tras mostrar la efectividad de su método de enseñanza logró que se le otorgaran recursos y espacio propio en el Colegio de San Gregorio (Vega Muytoy, 2011).

³⁸ Citado en (SEP, 2010, pág. 28).

³⁹ En 1867, por decreto Benito Juárez le otorga el carácter de nacional y se funda la primera normal para sordomudos.

Huet, inicialmente ejercía funciones de dirección y docencia con colaboración de su esposa Catalina Brodeke de Huet, también era apoyado por un ayudante y la Aya, quienes aprendían las técnicas de enseñanza, posteriormente al fundarse la “Escuela Normal para Sordomudos”, los aspirantes a maestros aprendían en la práctica y a la vez llevaban seminarios teóricos impartidos por Huet y su mujer.

En lo práctico, Huet estaba enfocado en la educación, sin embargo, al nacionalizarse la institución, el discurso político la identifica como “institución benéfica” como lo declaraba el Ministro de Institución Pública, Antonio Martínez de Castro el 28 de octubre de 1867: “...un amparo eficaz a los pobres sordo-mudos de toda la República que hoy viven en el abandono y en la desgracia...”⁴⁰ La institución educativa calificada como institución de asistencia en una visión claramente caritativa.

En el caso de la escuela para niños con ceguera “Lic. Ignacio Trigueros”; Trigueros deseaba promover la educación para las personas invidentes haciéndose cargo de los aspectos de gestión, pero también de los pedagógicos: aprendió el sistema Braille, consiguió y adaptó espacio en el Colegio de San Gregorio, buscó a los tres alumnos con los que inició; los convenció y los apoyó económicamente para que asistieran debido a que estas personas “vivían y mantenían a sus familias pidiendo limosna fuera de las iglesias” (SEP, 2010). En relación con estas personas no conocemos su circunstancia, pero la imagen remite a un elemento que nuestra historia occidental nos revela; la figura que nace a finales del Imperio Romano; la persona con discapacidad y pobre dedicada a la mendicidad viviendo a expensas de la caridad cristiana, pero además, explotada.

⁴⁰ Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (en adelante AHSSA), Beneficencia, Escuela Nacional de sordomudos, Leg.2, exp. 3 (Citado por Vega Muytoy, 2011, pág. 5)

También en este caso se manifiesta el discurso político con su visión caritativa, pero ostentando su capacidad de poder y de control: en noviembre de 1871 “la Secretaría de Gobernación, decretó un impuesto a las loterías públicas, cediendo el 15% de éste a la Escuela para Ciegos, impuesto que fue declarado como aporte de la presidencia de la República, como “la cooperación que el Presidente de la República prestaba a dicho plantel” (SEP, 2010, pág. 26).

A finales del siglo XIX, en México se transita de la caridad al asistencialismo, lo cual se evidencia en la dispensa a los padres para que no envíen a sus hijos *a la escuela* tras una lógica de *comprensión*, por ejemplo; en la *Ley Provisional de Instrucción Primaria de Aguascalientes (1897)* se indicaban sanciones para los padres que no enviaran a sus hijos a la escuela. No obstante, se aclaraba que los padres con niños “incapacitados mentalmente” o con “imposibilidad orgánica” (SEP, 2010, pág. 29), estaban exentos de esta sanción. Para estos niños estaban destinados espacios separados, como evidencia Méndez de la Peña en el artículo arriba mencionado.

3.2.1.2. El asilo y la correccional para jóvenes delincuentes.

El tránsito de la caridad al asistencialismo se muestra a través de la atención institucional a los jóvenes calificados como delincuentes. De acuerdo a Larroyo (1976), en 1850 se fundó el asilo para jóvenes delincuentes *Tecpan de Santiago*, que más adelante se convirtió en el Colegio Correccional de Santiago, en el que se proporcionaba instrucción elemental y religiosa, así como oficios manuales. Este colegio llegó a tener departamento para niñas delincuentes. No obstante en 1880 cambia nuevamente de nombre a “Escuela Industrial de huérfanos”, ya que los menores delincuentes fueron trasladados a otro establecimiento, a la “Casa de Corrección de Menores”.

En los ejemplos anteriores se identifica en las prácticas sociales el modelo organicista con la visión caritativa que poco a poco va cediendo su lugar al asistencialismo. En relación con los saberes predominantes, como ocurre en los modelos y visiones en nuestra cultura descritos en el capítulo 2, en México, a inicios del siglo XX, ejercen gran influencia los discursos provenientes de una psiquiatría cuyo objeto; “la psicopatología” (Foucault, 1969/2010), no está claramente definido y una psicología en busca de avalarse como saber científico. Discursos que a lo largo del siglo XX reafirman su lugar en la cultura popular y académica.

3.2.2. Modelo psicologista. De inicios del siglo XIX a los años setenta.

Parece ser que el término delincuencia experimentó un deslizamiento hacia la conceptualización e identificación de los llamados anormales mentales; en 1924 y 1925 se creó la Dirección de Establecimientos Penales y correccionales, dependientes del Gobierno del D.F, el cual estuvo a cargo del Dr. Roberto Solís Quiroga, quien creó grupos especiales en las escuelas correccionales. Además, en la Escuela de Demostración y Experimentación Pedagógica de la Universidad Nacional se crearon Grupos Diferenciados para los niños nombrados *anormales*.

3.2.2.1. Visión médico reparadora

La inclusión de la opinión médica en educación se encuentra desde los primeros intentos de organización del sistema educativo. De acuerdo a SEP (2010) y Arce (2006) las condiciones del medio escolar, la salud de los niños y a las precauciones para evitar la propagación de enfermedades infecciosas favorecieron la participación de los médicos en el medio escolar. En

1896⁴¹ se constituyó la Inspección Médica e Higiénica de las Escuelas: cuatro médicos inspectores cuya función era vigilar las condiciones higiénicas del espacio, el mobiliario y de la salud de los alumnos, para lo que realizaban visitas a las escuelas y a su vez recibían reportes de los maestros sobre los niños, a través de los cuales exponían las dificultades académicas de los niños.

Desde una visión preventiva de enfermedades, puede concebirse como razonable que al reunir grupos de personas en un espacio exista la necesidad de mantener la vigilancia médica por cuestiones de prevención de epidemias, sin embargo, ¿por qué los médicos además participaba en asuntos académicos?

Al inicio no parece claro, pero en adelante se observa con más definición la participación del médico en relación con la capacidad intelectual de los niños a los que entonces llamaban *anormales*. En 1908 se aprobó el Reglamento de la Inspección Médica de las Escuelas Primarias, como consecuencia se creó la Inspección General de Higiene Escolar, a través de la cual se vigilaba tanto las condiciones físicas de la institución como la salud física de maestros y alumnos, así como el desarrollo armónico e intelectual de los alumnos: el docente proporcionaba al médico inspector sus observaciones de los niños “*intelectualmente anormales*”, éste a través del servicio de higiene escolar disponía su traslado a una escuela especial para *retardados*.

Hasta aquí, lo que se puede observar es el afán de la búsqueda de la homogeneidad de los grupos de los que *sí podían aprender*, pero no se observan las prácticas pedagógicas en favor de los que presentaban dificultades. ¿En qué consistían las prácticas pedagógicas en esas escuelas especiales?, no es claro, pero el separar a los niños se prestaba a prácticas extremas. Por ejemplo; Manuel Uribe y Troncoso, cuando tras la petición de Justo Sierra de reorganizar

⁴¹ Al crearse la Dirección General de Instrucción Primaria del DF y Territorios de Tepic y Baja California. (SEP, 2010)

los servicios, convirtió la inspección médica “en medio para descubrir anormalidades en los órganos y funciones de los niños que los diferenciaron de sus compañeros y los hicieran inferiores” (SEP, 2010, pág. 32), es decir se buscaba la “falta”, la carencia física que explicara “el desajuste” desde una concepción claramente eugenésica.

No se puede descalificar del todo la participación de lo médico, sobre todo, porque la discapacidad propiamente dicha de entrada “ocurre en el cuerpo”, en este sentido podría considerarse razonable la participación de los médicos. Lo que causa dudas es que en ese tiempo, a inicios del siglo XX, la educación de los niños con discapacidad aún no era un asunto sobre la mesa puesto que las experiencias propuestas para niños sordos y ciegos fueron iniciadas por la filantropía.

3.2.2.2. Visión normalizadora asistencialista.

La normalización del intelecto: en los tiempos de Justo Sierra, se proporcionaba una educación diferente a los llamados niños *anormales* con el objetivo de *normalizarlos* para que alcanzaran el nivel de los demás y poder incluirlos en escuelas regulares, sin embargo, se siguió dispensando su asistencia (SEP, 2010). De esta manera, ante las dificultades escolares empieza a aparecer en el ambiente académico-científico la figura de un denominado “niño anormal” que es el que no se ajusta a los estándares esperados en la escuela tanto académicos como conductuales, que en cierta medida es *integrado* con el niño anteriormente calificado como “delincuente” y el llamado “deficiente mental”, y es quien en la década de los treinta es abordado desde un enfoque médico-pedagógico.

De la coordinación médico-docente en los servicios de higiene escolar deriva el enfoque médico-pedagógico “para la atención de la población infantil con problemas.” (SEP, 2010, pág.

33) El *Primer Congreso Mexicano del Niño*, realizado en 1921 es significativo puesto que el tipo de discurso con el que se desarrollan las ponencias es claramente eugenésico, Jacobo (2010), precisa “La “eugenesia” era el marco de dicho evento. La higiene, la pediatría, la legislación y la pedagogía eran los pilares para el perfeccionamiento del hombre”. Esta postura se evidencia en las ideas implícitas en las ponencias: por primera vez se plantea el uso de los test como instrumento de diagnóstico a través de Rafael Santamarina, quien en su trabajo, “Conocimiento actual del niño mexicano bajo el punto de vista médico pedagógico” presenta una adaptación de la escala Binet-Simon. Por otro lado, Alberto Lozano Garza, en su ponencia “Algunas palabras a favor de los niños anormales” propone la conformación de grupos homogéneos, en los que los grupos formados por niños anormales recibirían tratamientos médicos pedagógicos aislados de los niños *normales* (SEP, 2010).

La prevalencia de estas ideas, también se manifiesta en el *Segundo Congreso Mexicano del Niño* (1923), en el cual se insiste en la creación de espacios para los niños llamados anormales, la falta de presupuesto obliga al uso de “algunos salones para establecer clases anexas” (SEP, 2010, pág. 34), en este punto es inevitable mencionar que hoy, en 2013, a noventa años de distancia, todavía en las escuelas y en la sociedad, la diversidad queda en un espacio físico y simbólico de exterioridad, a expensas de lo que el grupo de “los normales” quiera “ceder”.

La influencia de la racionalidad científica se evidencia en algunos de los compromisos resultantes de este segundo congreso: unificación de las evaluaciones psicológicas y pedagógicas tanto para los niños *normales* como para los *anormales* para realizar comparaciones, con esta visión evaluativa se creó en 1925 el Departamento de Psicología e Higiene Escolar, el cual se transforma en 1935 en Instituto Nacional de Psicopedagogía (INP),

del cual proceden ideas⁴² de selección *clasificación con certidumbre científica como medio para proteger, conocer, al niño y ubicarlo con otros de sus mismas características*. También en 1935⁴³, por iniciativa de Roberto Solís Quiroga se inaugura el Instituto Médico Pedagógico (IMP), con fines de investigación y atención a niños con debilidad mental y físicos, éste se distinguió por proporcionar terapia pedagógica y por haberse convertido en un centro de estudio de procedimientos de selección, diagnóstico y tratamiento médico y pedagógico (Larroyo, 1976; SEP, 2010).

La normalización de la Conducta: en una relación más directa con la conducta del niño en la escuela, en 1938 se creó la Clínica de la conducta, dirigida a niños y jóvenes referidos por los maestros; desde indisciplinados hasta los calificados de perversos o psicópatas en el medio social, y en el medio escolar a los inquietos, negativos, impulsivos, crueles, con anomalías sexuales incipientes, amantes de lo ajeno, en ésta se realizaban estudios sobre la personalidad del niño “para buscar parámetros de la conducta de él y poder diferenciarla de la conducta patológica” (SEP, 2010, pág. 37).

La normalización del cuerpo: la visión normalizadora-asistencialista se evidencia también en el campo de la salud, donde avanza la atención con enfoque educativo a niños con impedimentos neuromotores, aparato músculo esquelético, y dificultades de lenguaje con audición y sin audición⁴⁴.

⁴² Ponencia “La clasificación escolar. Su Función Protectora del Niño y sus ventajas para la Educación” presentada por Miguel Huerta en el VII Congreso Panamericano del niño realizado en la del 12 al 19 de octubre de 1935 (SEP, 2010).

⁴³ 7 de junio.

⁴⁴ Por iniciativa de la SSA en 1949, se funda una Central Pedagógica Infantil, para atención a niños con impedimentos motores, por secuelas de poliomielitis; en 1953, crea la Dirección General de Rehabilitación que proporcionaba rehabilitación para personas con trastornos neuromotores, ciegos, sordos y DM, con el correspondiente instituto de formación para especialistas; Centro de Rehabilitación del Sistema Músculo-Esquelético, atención escolar a niños con problemas del aparato músculo esquelético. (SEP, 2010)

.Aparentemente, en esta época la preocupación del Estado se centraba en la normalización de “la mente” y la conducta, lo cual se muestra en las especialidades con las que se funda la primera Normal de Especialización en 1943, cuyo objetivo inicial fue formar especialistas en *anormales mentales y menores infractores*. Fue hasta dos años después cuando se agregaron las especialidades para la atención a niños con *ceguera* y con *sordera*. Esta visión normalizadora asistencialista también es clara en los objetivos con los que se transforma el Instituto Médico Pedagógico en escuela anexa a la ENE (SEP, 2010, pág. 69):

1. Tratamiento médico y pedagógico para los niños *anormales mentales socialmente aprovechables*.
2. Centro de prácticas de los alumnos de la ENE
3. Estudio de los procedimientos de selección de tratamientos médicos y terapia pedagógica a niños anormales mentales.
4. Estudios de los problemas conexos con los anteriores, como deserción, retardo escolar, delincuencia juvenil y las técnicas educativas adecuadas.

Estos objetivos muestran la preocupación primordialmente centrada en la llamada *anormalidad* en una intención normalizadora que se afianza en el terreno educativo.

Es importante resaltar aquí que “lo pedagógico” en el “tratamiento médico pedagógico” que se proponía no se refería a lo pedagógico en el sentido formativo y subjetivante, sino que, en tanto procede de una concepción médica, consistía en educar al cuerpo, lo cual se evidencia en las ramas de atención con las que inicialmente se fundó el Instituto Médico Pedagógico: 1. Educación fisiológica: Educación higiénica, gimnasia ortofrénica, juegos libres organizados, educación censo-perceptiva, educación de coordinación motriz. 2. Ortolalia. 3. Ortopedia

mental. 4. Materias sistematizadas mediante técnicas especiales. 5. Educación étnico-sensorial. 6. Educación prevocacional.

Aparentemente esta visión normalizadora enfocada en normalizar la mente y el cuerpo prevaleció hasta los años setenta cuando se creó la Dirección General de Educación Especial (DGEE).

3.2.3. Creación de la DGEE: Modelo social-ambientalista. 70s a 80s

El 11 de diciembre de 1970 es una fecha importante en la Educación Especial en México, se decretó la creación de la Dirección General de Educación Especial (DGEE) como institución dependiente de la Subsecretaría de Educación Primaria y Normal de la SEP. La importancia simbólica radica en que este hecho significa el reconocimiento oficial de la necesidad de educación para los niños con discapacidad, y se asigna a las instancias educativas que corresponden; la educación primaria como el espacio educativo oficial asignado a los niños y la Normal como el lugar de formación para quienes les corresponde conocer y desarrollar las estrategias educativas correspondientes.

Nuevamente el discurso institucional muestra la visión que enmarca este aparente interés por atender a los niños en su diversidad, los intereses políticos económicos como prioritarios; la creación de la DGEE responde a la necesidad identificada de integrar a los grupos marginados tras la demanda del desarrollo económico del país, en el que se requería que la población estuviera capacitada para el trabajo. Por lo tanto, entre las prioridades iniciales al crear la DGEE se encontraba investigar los medios más idóneos para la detección y diagnósticos tempranos,

así como la aplicación de técnicas de enseñanza que posibilitaran una mejor y más rápida “recuperación”, “...una preparación para la vida productiva” (SEP, 2010, pág. 85).

Quien no se adaptaba a la vida productiva era considerado como “atípico” como se manifiesta en la siguiente cita abstraída de SEP (2010).

El “tratamiento” integral del niño y adolescente atípico, entendiéndose por “atípicos”, aquellas personas con problemas de audición y lenguaje, ciegos, débiles visuales, deficientes mentales, lisiados del sistema músculo esquelético, menores infractores, niños con problemas de aprendizaje o cualquier otro tipo de inadaptación escolar y social (pág. 83).

Esta definición del sujeto “atípico” que más bien semeja un listado de los individuos que salen de la norma y que no pueden estar en espacios destinados a los *normales*, es interesante porque además de que en ella se muestran los discursos organicistas eugenésicos, normalizadores y asistencialistas, se evidencia también que la preocupación no es la educación como medio de intercambios simbólicos para permitir la constitución subjetiva del niño o el adolescente. Sino la búsqueda de su adaptación a la sociedad; el objetivo de la *adaptación del individuo* al medio familiar y social es un elemento que en México acompaña el discurso en relación con la educación de los niños que ubican como *anormales mentales* a partir de los años setenta. Visión social con influencia ambientalista, propia del modelo socio-ambiental, identificado en el capítulo anterior, lo cual permite ver que el discurso oficial en relación con la inclusión de niños en este momento coincide con el discurso internacional.

En las prácticas, se formaliza el abordaje multidisciplinario; ya no es sólo el médico que implementa ejercicios pedagógicos, ya cede un poco de su poder al psicólogo, y mientras en otros países, la psicometría empieza a ser cuestionada, en México se afianza como medio de

identificación de los “atípicos”. Algunos de los test que se utilizaban para la valoración eran: Terman Merrill-rev, DFH, Inventario Infantil Minnesota, Escala de Inteligencia Stanford-Binet. También se identifica una visión normalizadora asistencialista dirigida hacia la integración escolar, concebida como proporcionar servicio educativo, en el plano social la búsqueda de la inserción laboral (SEP, 2010).

Otro rasgo de este momento son los convenios con otras instancias, y los primeros intentos de integración a los niños con discapacidad a la escuela regular: entre las prácticas sobresalientes se menciona la atención para niños con sordera, con ceguera y con deficiencia, a través de la creación de los Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), los cuales trabajaron en coordinación con el DIF y la SSA⁴⁵. Durante el ciclo escolar 1975-1976 se puso en práctica el primer intento de integración a un grupo de niños hipoacúsicos; ésta consistió en que se dispuso de una aula dentro de la escuela para sus clases, y participaban en actividades artísticas, educación física, en honores a la bandera y otras actividades sociales. Los intentos de integración de niños con ceguera consistieron en dos modalidades: La primera fue habilitar un salón dentro de la escuela regular para los niños con ceguera donde eran atendidos por un maestro especialista, la segunda, un maestro especialista visitaba periódicamente la escuela para llevar materiales a los docentes (SEP, 2010). En estos intentos es evidente la visión social-ambientalista al propiciar situaciones para que el niño “con un déficit”, se adapte al ambiente escolar “normal”, siempre y cuando no pretenda invadirlo.

⁴⁵ “En 1973 a través de la firma del convenio con la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el actual Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), se crearon los Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) en los Estados, con la finalidad de optimizar recursos para brindar una atención integral en la rehabilitación y educación...” (SEP, 2010, pág. 84)

De todas maneras, la iniciativa de crear la DGEE, parece haber sido un intento de organizar los servicios de Educación Especial, podría interpretarse como una muestra de interés por abordar a los niños en su diversidad. Pero, la “prueba de fuego” para su funcionalidad no se hizo esperar; a finales de los setenta la preocupación del Estado se centra en los altos índices de reprobación y de deserción escolar, el cual, en lugar de revisar sus propias fallas, nuevamente son los conglomerados de niños en situación de exclusión los que son considerados como quienes no se ajustan; los problemas de aprendizaje eran definidos como “aquellos donde se presenta la alteración en algunos aspectos del proceso cognoscitivo (pensamiento, percepción, aprendizaje) que obstaculizaban dicho proceso y en los cuales no se encontraba comprometida la capacidad intelectual del niño” (SEP, 2010, pág. 114). Desde esta concepción se iniciaron nuevos abordajes para *adaptar* a los niños.

En función de estas prioridades, se implementaron políticas diversas: se crearon los programas IPALE- PALE-PALEM, modelos de atención para medios rurales, y escuelas especiales en todo el país (Gudiño Ochoa, 2007; Sánchez Escobedo, 2003).

3.2.4. Implementación de un modelo psicogenético⁴⁶. 80s a inicios de los 90.

En 1978 asume el liderazgo de la DGEE Margarita Gómez Palacio, quien en base a la psicogenética piagetiana, había diseñado un programa piloto de recuperación de niños con problemas de aprendizaje, principalmente con dificultades en la adquisición de la lecto-escritura y las matemáticas. Este proyecto nombrado “El Plan Nuevo León” se había puesto en práctica durante los años 1973 a 1978 en la ciudad de Monterrey, N.L., en 1978, se convierte en un

⁴⁶ En Memorias y actualidad en Educación Especial en México (SEP, 2010) se nombra Modelo psicogenético-Pedagógico.

programa de Educación Especial a nivel nacional en el marco del Programa Nacional de Educación a Grupos Marginados⁴⁷ (Antinori, 1985).

De la teoría psicogenética se abstraen tres posibilidades en relación con la dificultad de aprendizaje (SEP, 2010):

1. La necesidad de que los contenidos estén acordes a las competencias intelectuales de los alumnos; si los contenidos son demasiado complejos serán abandonados por el alumno.
2. Si el contenido es acorde a las competencias intelectuales de los alumnos y existen dificultades para su aprendizaje, éstas pueden tener relación con la didáctica utilizada.
3. La dificultad de aprendizaje puede estar ligada a una dificultad en el desarrollo de las estructuras lógicas del pensamiento.

Por lo tanto, de acuerdo al discurso institucional, se prioriza la necesidad de analizar los contenidos escolares con el fin de determinar su complejidad estructural y precisar las competencias operatorias que el alumno necesita para asimilarlas. Desde esta posición el aprendizaje es un proceso activo de elaboración, el alumno construye su propio conocimiento a través de la acción (SEP, 2010).

En esa década se propuso la eliminación de términos que se consideraron peyorativos para nombrar a las personas con discapacidad como; anormales, impedidos u otros términos provenientes del campo médico, se pretendía reconocerlos como niños y jóvenes “con dificultad”, con requerimientos de educación especial. El sujeto de educación especial era definido como “un alumno que por alguna de sus características físicas o psíquicas, podía presentar dificultades de diferente naturaleza y grado, para progresar con los programas de escuela regular” (SEP, 2010, pág. 130), con esta visión se intentó desvanecer el límite entre el

⁴⁷ Durante el gobierno de José López Portillo (1976-1982)

niño de escuela regular y el de educación especial, puesto que según el discurso oficial el objetivo era formar, no rehabilitar (SEP, 2010, pág. 134).

3.2.4.1. Los grupos integrados⁴⁸

El Plan Nuevo León se crea en 1973 en calidad de programa experimental en la ciudad de Monterrey, N.L., para encargarse de la conducción del programa de Grupos Integrados (GI) en 1978 se acordó llevar el programa a todo el país. Según declara Antinori (1985), el objetivo del proyecto original consistió en proporcionar a la escuela primaria servicios especiales para la detección, diagnóstico y tratamiento de niños con dificultades en el primer grado escolar. Esta misma autora define el Grupo Integrado como:

...una clase especial de tipo compensatorio para niños de primer grado, y para niños, que aun cuando han sido promovidos a segundo grado, no han logrado los aprendizajes, que el currículo establece para primero. Los grupos integrados procuran a través de un programa remedial de un año, que el niño pueda continuar con su escolaridad regular (Antinori, 1985, pág. 46).

El planteamiento pedagógico consistía en reorganizar el programa de primer grado regular y ciertos replanteos didácticos de ciertas áreas de currículo, especialmente de lengua escrita y matemáticas, enmarcadas en una concepción cognoscitivista y constructivista del conocimiento.

⁴⁸ La información contenida en este apartado fue obtenida de Antinori (1985).

A los alumnos reportados por la escuela, se les aplicaba la Prueba Monterrey⁴⁹; a través de la cual se evaluaban aspectos psico genéticos del desarrollo lógico matemático y de la lengua escrita principalmente. Los alumnos que no eran considerados para GI, eran los que quedaban por encima o por debajo del perfil definido para GI, por lo tanto eran regresados a la escuela, algunos para que cursaran el grado nuevamente, otros eran derivados a otros servicios de EE.

Los grupos integrados funcionaron en aulas cedidas por las escuelas primarias, y fueron organizados en módulos que comprendían entre 7 y 9 grupos y un equipo multidisciplinario (psicólogo, trabajador social, reeducador de lenguaje, médico), todos bajo la conducción de un director.

En el ciclo escolar 1979-1980 inicia la modalidad de GI para los alumnos que presentaban dificultades de aprendizaje de segundo y tercer grado, éstos eran atendidos por un profesor, recibían el apoyo en un horario contrario al que asistían en la escuela, trabajaban en una aula cedida por una de las escuelas a las que atendían. En el ciclo escolar 1982-1983 el servicio se extendió a todos los grados de primaria; se proporcionaba atención a los niños reportados por los maestros en el mismo turno que asistían al grupo regular, cada maestro atendía a los alumnos de la escuela en la que estaban físicamente.

En 1980 se crearon los Grupos Integrados B, éstos funcionaron por un tiempo bajo la conducción del Plan Nuevo León, no obstante, al poco tiempo se independizaron, y se rigieron bajo sus propios principios: situación que afectó el desempeño del programa al duplicarse servicios y los costos (Antinori, 1985).

⁴⁹ Esta prueba se había dejado de utilizar en NL. tres ciclos escolares para utilizar una evaluación más pedagógica de los niños reprobados y admitir a casi la totalidad de ellos. (Antinori, 1985, pág. 79)

Resultados: el 85% de los niños eran promovidos al siguiente grado regular, el resto, algunos se quedaban un tiempo más antes de ser promovidos y otros eran referidos a otros servicios de Educación Especial. En el ciclo escolar 1985-1986 el plan Nuevo León desapareció, posteriormente los GI funcionaron independientemente.

Los Grupos Integrados fue un acierto en el sentido de que muestran que existen diferentes factores que inciden en el aprendizaje de un alumno, y que con una metodología pedagógica sistematizada es posible disminuir considerablemente la cantidad de niños excluidos de las escuelas. La interrogante es ¿por qué crear un sistema paralelo para niños que estaban dentro de las escuelas?, ¿por qué mejor no se capacitó a los maestros para que atendieran con estos métodos a esos mismos alumnos que finalmente eran sus alumnos? Después de todo, parece que el programa de GI era un programa de etiquetación y exclusión. ¿Y los niños con discapacidad?

En relación con los niños con discapacidad, que valga la redundancia, *finalmente quedan al final*, y surgen un sinnúmero de interrogantes, por ejemplo: ¿Qué seguimiento se les daba a los niños que no cumplían el perfil para GI? Se puede inferir que, los que eran regresados a la escuela para cursar nuevamente el grado eran niños que poseían las herramientas intelectuales y afectivas para cursar y aprobar el grado y que tal vez hubo circunstancias que en ese momento le impidieron acceder a los contenidos del grado, pero, ¿los otros? -los que eran remitidos a “otros servicios” de Educación Especial- ¿a dónde iban? En la reseña ofrecida por Antinori en su informe de tesis *Las clases populares y la Escuela: Una interacción contradictoria* se deja ver que el intento de aplicación de los preceptos de los GI en el apoyo a niños con discapacidad, (Creación de los GI B) no fue posible, pero ¿cuáles serían los motivos?, ¿qué opciones ofrecía la educación para los niños con discapacidad y con qué visión?

Durante los años ochenta, a la par que existieron los GI como programa paralelo a la escuela regular, permanecieron los programas de atención que habían sido creados durante las décadas anteriores.

3.2.4.2. Servicios de EE existentes en los ochenta

Al mismo tiempo que se llevaba a cabo el Plan Nuevo León, en lo que concierne a la educación de los niños con discapacidad continuaban los servicios iniciados décadas atrás y otros que se crearon, con enfoque multidisciplinario. Los programas existentes en este periodo fueron los siguientes:

- Centros de intervención temprana (CIT); atendían dificultades en el desarrollo físico, intelectual y/o emocional.
- Escuelas de Educación Especial para niños con Deficiencia Mental; se consideraban alteraciones orgánicas que determinaban el CI, se diagnosticaba con DM sólo cuando se evidenciaba compromiso orgánico.
- Escuelas de Educación Especial para trastornos en la audición.
- Escuelas de Educación Especial para impedimentos motores.
- Instituto de Rehabilitación para niños con ceguera y con debilidad visual. Dependía del DIF.
- Grupos integrados para hipoacúsicos.
- Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), con colaboración SSA-SEP. Dirección médica y dirección pedagógica. Enfoque multidisciplinario; Médicos, terapeutas, psicólogos, maestros de EE y trabajadores sociales.

- Centros psicopedagógicos; diagnóstico y tratamiento individuales, enfoque multidisciplinario; maestros especialistas, psicólogos, médicos, trabajadora social. Terapia dos o tres sesiones a contra turno a niños con dificultades en el aprendizaje y el lenguaje.
- Clínicas de ortolalia; atención a niños con sordera. Con tres décadas de antigüedad.
- Escuela casa hogar para varones; atendía niños con dificultad de conducta con un programa psicopedagógico.
- Clínica de la conducta; atendía problemas de conducta en la escuela, llevaba a cabo el Programa Padres Eficaces con Enfrentamiento Sistemático (PECES), con enfoque cognitivo conductual y atención multidisciplinaria; psicología, pedagogía, pediatría, psiquiatría, neurología y trabajo social.
- Centros de Orientación, Evaluación y Canalización (COEC). Recibían a los niños referidos por las escuelas, realizar diagnóstico y canalizar al niño al servicio correspondiente.
- Centro de Orientación para la Integración Educativa (COIE). Proyecto diseñado para formalizar la integración de los niños con discapacidad en base a perfiles definidos de los niños candidatos a ingresar a la escuela regular. Integrado por un equipo multiprofesional.

Los GI (A) y los Centros psicopedagógicos, se consideraban servicios complementarios dirigidos a alumnos inscritos en educación básica general, que presentaban dificultades de aprendizaje o en el aprovechamiento escolar, lenguaje y conducta, y las Unidades de Atención a Niños con Aptitudes Sobresalientes (CAS),. (SEP, 2002; 2006).

Los servicios indispensables funcionaban en espacios separados de la educación regular; eran dirigidos a niños, niñas y jóvenes con discapacidad atendidos a través de Centros de Intervención Temprana, Escuelas de Educación Especial y los nombrados grupos integrados B, estos últimos atendían a niños con deficiencia mental leve e hipoacúsicos.

El intento de la inclusión de la teoría psicogenética en el abordaje de los problemas de aprendizaje en los niños, sienta las bases para la inclusión de una visión pedagógica, no obstante, el hecho de que hayan permanecido y se hayan promovido otros servicios con enfoque multidisciplinario además de la propuesta para grupos integrados se evidencia la complejidad del hecho educativo en sí, adicionalmente la complejidad que implica la inclusión a la educación del niño con discapacidad, pues todavía en esa época, aparecen en el discurso, pero amalgamados con los niños con dificultades en el aprendizaje, lo cual provoca que en la realidad se eclipsen y permanezcan en la marginación.

En cuanto al abordaje, llama la atención la existencia de un programa con enfoque conductual PECES, y el enfoque multidisciplinario en casi todos los programas, respecto a esto último es llamativo que aún en el 2013, existan este tipo de abordajes multidisciplinarios, ante lo cual queda la pregunta ¿El abordaje multidisciplinario en la atención a los niños con discapacidad es realmente funcional o su permanencia es justificable sólo por la tradición? ¿No hará falta una revisión de su funcionalidad?

Excede los alcances de este estudio investigar cómo fue el desempeño de estos programas, pero es posible que hayan continuado con las visiones normalizadora, asistencialista y adaptativa de los modelos organicista, y psicologista y socialambiestalista.

3.2.5. La Reforma Educativa del 93 y la Educación Especial en México.

La lógica establecida en el capítulo anterior supondría que este apartado se titulara “Modelo social” se prefiere evitar nombrarlo así en función de que en el discurso oficial (SEP, 2010) se afirma que actualmente en Educación se opera con un Modelo social con lo que no estoy de acuerdo, puesto que considero que en México a partir de los años noventa, se ha intentado implementar un modelo educativo a partir de los compromisos en Jomtien Tailandia el año noventa y en Salamanca en el 94⁵⁰.

De acuerdo a la revisión de la historia se identifica que los discursos presentes en la Educación Especial en México hasta los años noventa son:

- A. Discursos de la medicina a través de la psiquiatría y la psicología con visiones medico-reparadora, normalizadora asistencialista, y social, esta última ligada a la adaptación al ambiente. Los cuales persistieron a pesar de la incursión del modelo psicogenético.
- B. Modelo psicogenético que además de que su fórmula se agota rápidamente (en una década), no alcanza a los niños con discapacidad.

Entonces, ¿Qué tenemos en las décadas siguientes?

3.2.5.1. La integración educativa.

En los años noventa ocurre un nuevo giro a nivel mundial en relación con la educación de los niños con discapacidad, *La Conferencia Mundial sobre Educación para Todos Satisfacción de las necesidades Básicas de Aprendizaje*, realizada en Jomtien Tailandia en 1990, y específicamente para la atención a los niños con Necesidades Especiales, la *Declaración de*

⁵⁰ Especificaciones en el apartado siguiente.

Salamanca de Principios, Política y Práctica para las Necesidades Educativas Especiales, realizada en 1994 (SEP, 2002, 2006) marcan las pautas a seguir en busca de una educación para todos.

En México se planteó la reorganización del sistema educativo, para lo cual se firmó en 1992 el *Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica*, dicho acuerdo fue detonante de una Reforma Educativa Integral para educación básica y formación de maestros, en el que se estableció como prioridad institucional satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje de todos los niños, jóvenes y adultos, además, alcanzar la justicia educativa y la equidad (SEP, 1992).

Un cambio importante como consecuencia de esta Reforma Educativa, es que en la Ley General de Educación, publicada en julio de 1993, es reconocida la Educación Especial como parte del Sistema Educativo Nacional (Art.39), y a los sujetos a quien va dirigida; personas con discapacidades transitorias o definitivas, así como a aquellos con aptitudes sobresalientes (Art.41)⁵¹

En el sexenio de Ernesto Zedillo (1995-2000), la integración educativa se definió como “el acceso al que tienen derecho todos los menores al currículo básico y a la satisfacción de las necesidades básicas del aprendizaje” (SEP, 2010, pág. 186). Las estrategias que se proponían consistían en la asistencia a los servicios escolarizados de Educación Especial, o el apoyo psicopedagógico de personal especializado en la propia escuela regular a la que asistía el niño.

Como consecuencia de la reforma, de acuerdo al discurso institucional la atención de las NEE implicó (SEP, 2010):

⁵¹ Fuente: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/137.pdf> consultada el 30 de mayo de 2013.

1. La dotación de medios especiales para el acceso al currículo: mediante equipamiento, instalaciones o recursos especiales, la modificación del medio físico o técnicas e enseñanza especializadas.
2. La dotación de un currículo con adecuaciones.
3. Una particular atención a la estructura social y al clima emocional donde participa la educación.

La necesidad educativa fue concebida en función de las prioridades que es necesario satisfacer, por lo tanto la EE se definió como: “el conjunto de medios personales y materiales puestos a disposición del sistema educativo, para que pueda responder satisfactoriamente a las necesidades particulares de los alumnos” (SEP, 2010, pág. 200).

El abordaje continuó siendo multidisciplinario para ofrecer alternativas integrales.

En el terreno de atención a los niños con discapacidad a través de esta reforma se pretendía:

- Restructurar y reorientar los servicios.
- Cambiar las concepciones respecto a la función de los servicios de educación especial.
- Promover la integración educativa.

Según consta en el documento del Programa Nacional para el Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa (SEP, 2002), en el intento de lograr la reestructuración se plantearon los siguientes cambios a los servicios existentes:

Los Servicios Indispensables de Educación Especial se transformaron en Centros de Atención Múltiple (CAM); con el objetivo de ofrecer educación básica a alumnos con Necesidades Educativas Especiales con discapacidades múltiples para los diferentes niveles de educación básica. Llevan los planes y programas generales con las adaptaciones curriculares

pertinentes según el caso, los grupos se organizan por grado y edad. De acuerdo a esta organización, en un mismo CAM participan niños con diferentes discapacidades.

Los Servicios Complementarios se transformaron en Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER), con el propósito de promover la integración de los niños con NEE al grupo regular, favorecen los apoyos técnicos y pedagógicos dentro de la escuela.

Otros cambios fueron que los Centros de Orientación, Evaluación y Canalización (COEC) y los Centros de Orientación para la Integración Educativa (COIE) se transformaron en unidades de Orientación al Público (UOP). También se promovió la transformación de los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Prescolar en servicios de apoyo a la integración educativa en jardines de niños.

En cuanto a la organización de los servicios, inicialmente las USAER funcionan con un director, maestros de apoyo y equipo de apoyo técnico, se atienden en promedio cinco escuelas por USAER; su función consiste en la asesoría a maestros y padres de familia de acuerdo a las necesidades de cada caso. El espacio físico, regularmente es en una aula acondicionada dentro de las escuelas, este espacio es denominado “Aula de apoyo” como área de recursos, y área de orientación a padres y maestros. La intervención podría realizarse en el grupo regular o en esta aula, según la NEE y las circunstancias escolares.

En cuanto a su localización física: el director se instalaba en un espacio cedido por una de las escuelas de su área de atención, su función consiste en coordinar las acciones del equipo de apoyo; los maestros de apoyo se ubican físicamente dentro de la escuela, su intervención es directa con los alumnos, los padres y los maestros; el Equipo de Apoyo Técnico se integra por psicólogo, maestro de lenguaje y trabajador social básicamente, podrían agregarse, según la

necesidad; maestros especialistas en trastornos neuromotores, en deficiencia mental, en ceguera y debilidad visual. Su marco de acción en todas las escuelas que corresponden a la USAER.

El proceso de atención en USAER consiste en dos momentos:

1. La detección de los alumnos.
2. La determinación de su NEE

En este segundo momento se analizaba la necesidad de un mayor apoyo pedagógico o de otra naturaleza para que el niño acceda al aprendizaje de los contenidos escolares. Los resultados de esta evaluación podrían derivar en que:

- a. Se realice intervención psicopedagógica: la cual consiste en proporcionar los apoyos específicos de acuerdo a la NEE detectada, los cuales pueden variar desde realizar adecuaciones curriculares hasta las necesarias para facilitar el acceso del alumno al espacio físico escolar, y simultáneamente proporcionar asesoría a maestros y padres de familia.
- b. Canalización a un servicio complementario; recibir atención específica en el turno alterno o a una institución del sector salud.
- c. Solicitud de un servicio específico: cuando la escuela regular no contaba con las condiciones para responder a las NEE del alumno, la opción siguiente era la asistencia al CAM, en el que la estancia del alumno podría ser transitoria o hasta concluir sus estudios dependiendo del caso.

Centro de Atención Múltiple (CAM): los CAM dirigidos a los alumnos y jóvenes que por su condición, no era posible que accedan al currículum en la escuela regular, proporcionan dos tipos de servicios:

CAM-básico: se llevaba el currículum de Educación básica: preescolar, primaria y secundaria.

CAM-laboral: capacitación para el trabajo para jóvenes con discapacidad.

Organizativamente cuentan con un director, el maestro del grupo y el equipo de apoyo (psicólogo, maestro de lenguaje, trabajador social, otros profesionistas cuando es posible)

En el aspecto pedagógico, para el alumno con NEE se realizan adecuaciones curriculares, definidas como:

La respuesta específica y adaptada a las necesidades educativas especiales de un alumno que no quedan cubiertas por el currículum común. Constituyen lo que podría llamarse propuesta curricular adaptada y su objetivo debe ser tratar de garantizar que se dé respuesta a las necesidades educativas que no comparte con su grupo (SEP, 2010).

Con la reorganización de los servicios y la creación de las USAER y los CAM, nos encontramos ante un nuevo intento de la institución de dar cumplimiento a ciertos mandatos que no quedan claros en tanto que se pretende suministrar a los niños el currículum general, parece un nuevo intento de homogenización como ocurrió con la creación de la variedad de centros psicopedagógicos y de higiene escolar entre los años veinte y los sesenta, así como con la creación de los grupos integrados en los setenta y ochenta, los cuales en su intento por homogeneizar terminaron excluyendo a los niños que no se ajustaron; exclusión que se renueva con los CAM y las USAER.

3.2.5.2. El PNFEIE y la educación inclusiva en el nuevo milenio

El nuevo milenio inicia con el reconocimiento internacional de que a pesar de los esfuerzos era evidente la pobreza, la desigualdad y la exclusión, de acuerdo al análisis realizado por el *Foro Mundial sobre Educación*, celebrado en abril del año 2000 en Dakar, Senegal, convocado por la UNESCO. Además, empieza a fluir el discurso derivado del *Índice de Inclusión. desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas*, escrito por Tony Booth y Mel Ainscow, editado por la UNESCO.

Estos discursos marcan una tendencia de la integración a la inclusión. En el discurso institucional (SEP, 2010), se considera a la diversidad como responsabilidad del sistema educativo; se establece un conjunto de servicios y apoyos para los alumnos que lo requieran, aporta recursos especializados (humanos, conceptuales, metodológicos) para mejorar la calidad. La propuesta resalta el derecho de los niños y jóvenes a aprender juntos independientemente de sus condiciones.

Discursos a los que México se adhiere a través del establecimiento del *Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa* (PNFEEIE) en 2002. En coincidencia con el mismo, se se realizó un análisis de la situación en Educación Especial en México con el objetivo de plantear estrategias claras. Entre los aspectos relevantes de este diagnóstico se encuentra el reconocimiento de que las pretensiones de la Reforma educativa de 1993 habían quedado en discurso, puesto que al desarticular la DGEE como instancia administrativa, no existió un organismo que organizara los servicios, por lo que no se generó un proyecto claro de integración educativa.

Esta falta de proyecto se manifestó en que en las prácticas, los docentes, al desconocer los cambios proyectados continuaron proporcionando la atención desde el enfoque que tradicionalmente habían construido⁵², el “clínico terapéutico”; realizando diagnóstico individual y categorizando al niño.

También, en el documento del PNFEEIE, se señala que la falta de claridad y de capacitación de los maestros se evidenciaba también en la existencia de una diversidad de prácticas que no correspondían a las propuestas de la reforma; en algunos casos proporcionaban atención individualizada con atención especializada en el área de apoyo sin mantener contacto con

⁵² (SEP, 2002) (SEP, 2006)

maestros y padres de familia. En otros, al desconocer el personal estrategias didácticas para los niños con discapacidad, se limitaba a realizar algunos ajustes a la metodología del maestro. O, al no tener clara su función dentro de la escuela, participaban en actividades institucionales que en ocasiones nada tenían que ver con su función (SEP, 2002).

Otra de las tradiciones que persistieron fue proporcionar atención a niños que presentaban dificultades para el aprendizaje y rezago escolar. Al respecto en el documento del PNFEIE, se precisa que:

La propia relatividad y ambigüedad del concepto de necesidades educativas especiales permite incluir entre los casos atendidos a estudiantes con problemas de aprendizaje o aprovechamiento escolar, pero sin discapacidad. Otro caso llamativo es el alto porcentaje de alumnos sin discapacidad (30%) de los que asisten a los CAM, pues, de acuerdo con los principios de la integración educativa, esos alumnos deberían estar inscritos en las escuelas regulares (SEP, 2002 p.17)

Como consecuencia del análisis realizado en el año 2002, y los acuerdos que emergieron de él, en 2006 se publicaron las *Orientaciones Generales para el funcionamiento de los servicios de educación especial* (SEP, 2006), que constituye el documento normativo que rige el funcionamiento de los Servicios de EE hasta el momento. La pregunta es si las acciones fueron más allá de escribir el documento; ¿si hay actualización, seguimiento de las prácticas, etc.?

En el sistema educativo general, entre las acciones administrativas que se han realizado en favor de la inclusión, se encuentra que la Dirección General de Acreditación Incorporación y Revalidación (DGAIR) situó en las *Normas de inscripción, reinscripción, acreditación y certificación para las escuelas oficiales y particulares incorporadas al sistema educativo nacional*, los criterios para asegurar la atención de los niños con NEE, a través de promover la

elaboración de la evaluación psicopedagógica y su informe, así como una propuesta curricular adaptada y el seguimiento de la misma.

Más recientemente, en el marco de la *Reforma Integral de la Educación Básica* (RIEB) a partir del ciclo escolar 2009-2010, se implantó en Educación Especial el Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial (MASEE), el cual, de acuerdo al discurso institucional constituye un referente teórico y operativo en el que se replantea la operación de CAM y USAER, bajo la idea de constitución de comunidades inclusivas.

Es un “Modelo de Atención centrado en el aprendizaje y en el fundamento social de la discapacidad [Se busca] alcanzar mayor precisión de una estrategia organizativa y una gestión escolar que favorezca el trabajo colaborativo y la conformación de redes de apoyo, donde se enriquezcan los procesos de comunicación, de articulación y de resolución de problemas, al tiempo de dar nuevos significados a las funciones de los profesionales al interior de los servicios...” (SEP, 2011, pág. 20)

A través el recorrido realizado se puede concluir en retrospectiva que en México, a partir de la segunda mitad del siglo XIX, se ha ido construyendo el discurso de la Educación Especial (ANEXO 3), del cual se pueden distinguir cuatro etapas:

PRIMERA ETAPA: Desde el siglo XIX hasta la creación de la DGEE.

- a. El modelo organicista: visión caritativo-represiva.
- b. El modelo psicologista: visiones médico-reparadora y normalizadora asistencialista.

SEGUNDA ETAPA: Durante la existencia de la DGEE, hasta la reforma del 93.

- c. Modelo socio-ambiental: visión social-ambientalista.
- d. Implementación de un modelo psicogenético.
- e. Permanecen los servicios creados con enfoque médico.

TERCERA ETAPA: Desde la reforma del 93 hasta la creación del el PNFEIE.

f. Integración educativa

CUARTA ETAPA : El PNFEIE a la actualidad.

g. Creación del PNFEIE.Inclusión educativa.

Durante la **primera etapa** se identifica claramente el discurso médico y psicológico en coincidencia con los modelos organicista y psicologista de los modelos referidos en el capítulo 2. La **segunda etapa** el discurso para la creación de la DGEE como instancia dependiente de la Secretaría de Educación, parecía la oportunidad para el desarrollo e implementación de un modelo pedagógico sin embargo, los discursos iniciales muestran que aún no había condiciones para ello; puesto que se proponía adaptar a los “atípicos” a la sociedad. La realidad política no tardó en endosarle al conglomerado de niños en situación de marginación y exclusión de las escuelas por presentar “bajo rendimiento escolar” o por deserción escolar. Para lo cual hubo que implementar un programa que permitiera un abordaje masivo: los grupos integrados, que terminó en cierta medida consolidando la exclusión de niños que tal vez en otras circunstancias no habrían separados del grupo escolar. Este programa, tampoco fue una opción para los niños con discapacidad puesto que los niños que no cubrían el perfil para GI eran enviados a los “otros servicios de educación especial” que eran los programas y servicios creados en décadas anteriores cuya visión era ligada a lo médico. La **tercera etapa**, la ambiciosa reforma educativa del 93, pretendió acabar con la marginación de los niños y con la visión clínica terapéutica al reorganizar los servicios. Sin embargo, la falta de claridad del proyecto no permitió que se implementaran las estrategias para aterrizarlo en las prácticas, de tal manera que las prácticas tradicionales permanecieron (influencia de la medicina y atención individualizada). En la **cuarta etapa**, a la entrada del nuevo siglo se reconocen las fallas del pasado, en un intento por

retomar el camino se crea el PNFEIE, como parte de las estrategias se crean las normativas que rigen la educación especial a nivel nacional⁵³.

Al mismo tiempo, el discurso de la visión social y de la inclusión empieza a circular en nuestra sociedad a través de diferentes medios, y la educación no se queda atrás, el nuevo marco normativo de los servicios de educación especial: “Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial”(MASEE) (SEP, 2011), se adhiere a este discurso. Con esto se entiende que la educación en México pretende estar a la altura de los discursos internacionales.

A través de este recorrido se puede concluir que como lo declara la misma institución, hasta el 2002 a pesar de los intentos realizados, en relación con la concepción de la discapacidad permanecía una visión ligada a lo orgánica y las prácticas aún eran estigmatizantes y segregadoras. La interrogante que queda después de estas declaraciones es ¿cuál es la visión que prevalece en el discurso de los profesionales que actualmente atienden directamente a los niños en la llamada educación especial? A través de este trabajo se tratará de dar una respuesta.

⁵³ Orientaciones generales para el funcionamiento de los servicios de la Educación Especial (2006).

CAPÍTULO 4. MÉTODO

Para lograr los propósitos de la investigación que se documenta, se analizaron las visiones sobre discapacidad presentes en el discurso de profesionales que atienden a niños con necesidades educativas especiales en educación pública.

La búsqueda se orienta hacia la identificación de elementos de discurso que denotan la presencia de saberes, concepciones y visiones que anclan las prácticas actuales de atención educativa a niños con discapacidad, con modelos y visiones que, de acuerdo a las tendencias vigentes, debieron superarse hace mucho tiempo. La propuesta del estudio se centra en aspectos relacionados con los saberes y las prácticas de educación a niños con discapacidad en la institución pública; y dada la necesidad de una estrategia que permitiera un acercamiento sutil, que respetara la singularidad sin perder de vista la complejidad, se consideró adecuado realizarlo a través de un **estudio de caso**, desde un paradigma cualitativo de investigación.

La investigación cualitativa permite revisar los fenómenos complejos desde varios ángulos; su campo de estudio son las prácticas e interacciones de los sujetos en su vida cotidiana; se estudian situaciones o personas excepcionales; la meta es descubrir lo nuevo y desarrollar teorías fundamentadas empíricamente (Flick, 2004). La subjetividad y la intersubjetividad se conciben como los medios o instrumentos por antonomasia para conocer las realidades humanas (Mieles Barrera, Graciela, & Alvarado Salgado, 2012).

El caso puede ser una persona, un grupo, una situación, una estrategia (Lucca Irizarry & Berríos Rivera, 2003), puede estar constituido por un hecho, un grupo, una relación, una institución, una organización, un proceso social o una situación (Neiman & Quaranta, 2006).

El estudio de caso es una descripción intensiva, holística, por medio de la cual se puede realizar un análisis de una entidad singular, un fenómeno o una unidad social. Se basa en el razonamiento inductivo al manejar múltiples fuentes de datos (Pérez Serrano, 1998), es esencialmente activo, aplicable en campos donde se trate de combinar eficientemente la teoría y la práctica (Pérez, 1998 p.79). Es un diseño particularmente adecuado en situaciones donde es imposible separar las variables del fenómeno de su contexto (Yin, 1984)⁵⁴; "...es construido a partir de un determinado, y siempre subjetivo, y parcial recorte empírico y conceptual de la realidad social que conforma un tema y/o problema de investigación (Neiman & Quaranta, 2006, pág. 218).

4.1. Diseño de la investigación

El diseño de investigación está basado, principalmente, en la concepción de estudio de caso propuesta por Stake, quien lo define como "un estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes" (1999, pág. 11). El autor especifica que se estudia un caso cuando se tiene un interés muy especial en el mismo; el presente estudio surge de mis propias interrogantes como profesional en la institución pública en torno a los aciertos y desaciertos que se dan en la educación al tratar de cubrir los requerimientos de los niños que son referidos para atención especializada por presentar dificultades escolares.

⁵⁴ Citado por Pérez (1988).

El estudio de las visiones de los profesionales que atienden educativamente a niños con discapacidad, a través de un estudio de caso, es adecuado en tanto “un caso puede ser un determinado movimiento de profesionales que estudian alguna situación de la infancia” (Stake, 1999, pág. 15). En este estudio se pretende conocer las visiones que orientan la actuación de los profesionales que atienden los requerimientos educativos especiales de niños con dificultades escolares; especialmente en situaciones en que las dificultades se asocian a la existencia de algún tipo de discapacidad; por lo tanto, la idea no es entender la situación personal de los participantes, sino interpretar el contenido de su discurso para vincularlo con las visiones que históricamente se han construido en relación al tema de la discapacidad y los modelos que se han desarrollado para atenderla social y educativamente. En vista de que se entrevistó a varias personas, el trabajo se ubica en lo que Stake (1999) nombra un *estudio colectivo de casos*, pues en este tipo de estudio:

...el interés se centra en indagar un fenómeno, población o condición general a partir del estudio intensivo de varios casos. El investigador elige varios casos de forma que ilustren situaciones extremas de un contexto objeto de estudio (Bisquerra Alzina, 2009, pág. 314).

En el desarrollo de la investigación se trabajó con el contenido de las entrevistas de varios casos, es por eso que se identifica como estudio colectivo de casos, no obstante, sólo se analizó el discurso en el contenido de las entrevistas en relación con un tema específico, y en base a temas definidos en relación con su práctica.

Para la estructura conceptual de la investigación se partió de **temas**, como lo propone Stake, por lo tanto, se evita el uso de hipótesis y objetivos puesto que este autor advierte que éstos reducen el interés por la situación y la circunstancia; asevera que los temas como estructura conceptual, y preguntas temáticas como preguntas básicas de investigación, son más adecuadas

para centrar la atención en la complejidad y la contextualidad. Dirigir la investigación a partir de temas permite:

- A. Abordar los problemas, las actitudes conflictivas, la historia de las preocupaciones humanas.
- B. Traspasar el momento presente; analizar desde una perspectiva histórica, y reconocer los problemas implícitos en la interacción humana.

Los temas pueden plantearse como declaraciones temáticas o como preguntas temáticas; los temas y las preguntas que dirigen esta investigación son los siguientes:

- 4. Existe disparidad entre la visión que subyace al Modelo de Intervención Psicopedagógica declarado por la institución, y la visión presente en el discurso de los profesionistas que intervienen en la atención a niños con necesidades educativas especiales.
- 5. El discurso sobre las prácticas de intervención de los profesionistas en atención directa con niños con Necesidades Educativas Especiales se sostiene en visiones ligadas a ideas procedentes del discurso médico y del discurso popular en torno a lo asistencial.
- 6. La concepción de niño en que se fundamentan tanto el discurso oficial como las prácticas de intervención, procede de ideas sedimentadas a lo largo de la historia que significan al niño como portador de un déficit.

Preguntas

¿Cuáles son las visiones que subyacen a los Modelos de Intervención Psicopedagógica desarrollados desde los inicios de la educación especial en México?

¿Cuáles son los saberes que subyacen al Modelo de Intervención Psicopedagógica presente en el discurso de quienes participan en atención directa con niños con Necesidades Educativas Especiales, en el Estado de Nuevo León?

La visión a través del cual son abordados los niños con discapacidad en educación, ¿permite un intercambio subjetivo que posibilita el reposicionamiento del niño?

4.2. Muestra

En un tipo de investigación como la que se efectuó, la información procede de actores en situaciones y ambientes naturales (Lucca Irizarry & Berríos Rivera, 2003). Los participantes en el estudio son profesionales de educación que actualmente están trabajando directamente en la atención directa a niños con necesidades educativas especiales. Stake destaca que con el estudio de casos no se busca representatividad; sugiere elegir espacios en que nuestras indagaciones sean bien acogidas y exista disponibilidad de los participantes, pero sobre todo, sugiere seleccionar la muestra priorizando que sea adecuada para responder las interrogantes principales de la investigación; en este caso, para seleccionar la muestra se partió de la pregunta: ¿Quiénes proporcionarán los elementos para identificar las visiones que subyacen a las prácticas educativas actuales con niños con discapacidad?

En función de esa pregunta se diseñó un perfil de profesionista a entrevistar; se consideró importante la antigüedad en el trabajo con niños con necesidades educativas especiales y la edad; por lo tanto, es un muestreo **no probabilístico**, se utilizaron en particular el **muestreo por criterio**, en el cual se revisan los casos que cumplen ciertos criterios de importancia predeterminados; lo sobresaliente de este tipo de muestreo es asegurarse de entender los casos ricos en información que pueden revelar las principales debilidades del sistema, y que puede ayudar a identificar áreas de oportunidad para el mejoramiento. Complementariamente, y a causa de las dificultades para completar la muestra se recurrió al **muestreo cadena o bola de nieve**, que consiste en una aproximación para localizar informantes claves con información

rica, o casos críticos; se identifican casos de interés desde personas que conocen a otras que pueden ayudar en el estudio (Patton, 1990).

En educación pública en México, en los últimos cuarenta años se han dado tres cortes significativos en relación a la atención educativa a niños con discapacidad; el primero, a inicios de los años setenta, cuando se crea la DGEE; el segundo, en 1993, con la implementación de la Reforma Educativa; el tercero, en 2002, al establecerse el PNFEIE. De tal manera que, actualmente, entre los profesionales en atención directa con los niños, se encuentran tanto personas que han participado de las complejidades que cada cambio implicó, como quienes sólo han participado de las propuestas recientes. En función de los antecedentes mencionados, el perfil de los entrevistados se diseñó originalmente de la siguiente manera:

- A. Informantes en atención directa con los niños que iniciaron servicios en educación antes de 1993
- B. Informantes en atención directa con los niños que hayan iniciado sus servicios desde el año 1993, y antes del año 2000.
- C. Informantes en atención directa con los niños que hayan iniciado sus servicios después del año 2000.

Aunque durante la marcha se realizaron algunas modificaciones que se especifican en el apartado Procedimiento.

4.3. Estrategias para la recolección de la información

Para recolectar la información se utilizaron entrevistas semi-estructuradas **ANEXO 4**, en las cuales existe cierto grado de libertad para el entrevistado, debido a que las preguntas o temas constituyen una guía, pues lo que se busca es que describa sus experiencias, visiones y sentimientos en torno a los temas abordados (Lucca Irizarry & Berríos Rivera, 2003). Es

importante utilizar una guía de entrevista en la que las preguntas constituyan temas globales que permitan al entrevistado expresarse en su discurso, pero que al mismo tiempo posibilite delimitar las respuestas y enfocarlas al tema investigado (Balcázar Nava, González, López-Fuentes, Gurrola Peña, & Moisés Chimal, 2005).

Se considera idónea la utilización de este tipo de entrevista considerando que a través de ella es posible acceder a la subjetividad del sujeto, su concepción sobre el mundo, su entorno y posibilita la autorreflexión en cada tema abordado (Balcázar Nava, et.al., 2005). Por lo tanto, es posible acceder a las creencias, opiniones, actitudes, y a los significados que constituyen la visión de los entrevistados.

El contenido de la entrevista se dividió en cuatro temas, de los cuales derivaron las preguntas guía⁵⁵:

- I. Proceso para trabajar con niños con Necesidades Educativas Especiales.
- II. Formación.
- III. Prácticas de intervención.
- IV. Procedimientos.

4.4. Procedimiento

La integración de un constructo que dé cuenta de la complejidad del caso: sentimientos, emociones, percepciones, significaciones; requiere poner en práctica el acervo teórico y la capacidad del investigador (Mieles Barrera, Tonon & Alvarado Salgado, 2012); las entrevistas fueron realizadas personalmente por mí, en papel de investigadora, con experiencia en la realización de entrevistas a profundidad, en vista de mi profesión de psicóloga clínica con

⁵⁵ El guion de entrevista se puede ver en el apartado de ANEXOS.

orientación psicoanalítica, y con práctica tanto en el campo institucional educativo como en la consulta privada. Las entrevistas fueron grabadas durante su realización, previa autorización de los y las participantes.

El estudio de casos es empático, no intervencionista, se procura no alterar la actividad cotidiana (Stake, 1999); inicialmente se solicitó permiso en la Dirección de Educación Especial de la Secretaría de Educación en el Estado de Nuevo León por medio oficio, para la aplicación de las entrevistas. En respuesta se me propuso asistir a la escuela primaria Anastasio Treviño, lugar en que se ofrecen cursos de actualización mensualmente al personal y al público en general⁵⁶.

Una primera entrevista de exploración antes de asistir a hablar con los grupos (E1)⁵⁷, derivó en las siguientes observaciones:

1. Las preguntas en general eran adecuadas, sólo consideré realizar cambios en la precisión de algunos términos, por ejemplo la pregunta 1.2 requería más precisión y preguntar cómo conceptualizaba o cómo definía al inicio a los niños con necesidades educativas especiales, y en seguida, cómo los define ahora.
2. Conforme avanza la entrevista se hace menos necesario realizar las últimas preguntas, puesto que durante el transcurso de la entrevista, los temas de interés para la investigación son abordados espontáneamente por el entrevistado.
3. La duración de la entrevista es de aproximadamente 1 hora 20 minutos.

⁵⁶ Talleres para apoyar la comunicación y la calidad de vida de las personas con discapacidad 2011-2012.

⁵⁷ 19 de abril de 2012.

4.5. Aplicación

La opción ofrecida para la aplicación de la entrevista por parte de la DEE⁵⁸ fue asistir a los cursos mensuales para hablar con los asistentes e invitarlos a participar en la investigación, la cual acepté, considerando la importancia de que las personas tengan disposición para hablar de su práctica sin sentirse presionadas.

En el diálogo con los grupos se describían brevemente los motivos y los objetivos de la investigación, así como las características de la entrevista, sobre todo la duración, al final se les hablaba del perfil del entrevistado.

En el primer intento aceptaron dos personas; cuando se entrevistó a la primera (E2), una sorpresa fue que viene del estado de Tamaulipas a tomar los cursos. La siguiente (E3) es una joven que empezó a trabajar en el año 2000. De la realización de E2 se obtiene que los cursos se ofrecen para todo público y son gratuitos.

Para la siguiente semana el ofrecimiento por parte de la DEE fue asistir nuevamente a la escuela a hablar con grupos de actualización en lenguaje de señas. Esta vez consideré necesario especificar que fueran maestros de educación especial que estuvieran en atención directa con los niños. En el primer grupo no obtuve respuesta; a sugerencia de la instructora acudí preferentemente a los grupos que no son de lenguaje de señas; ya que en los de lenguaje de señas se estaban viendo temas nuevos y habría sido difícil que alguien quisiera salir. En los otros grupos, los cursos que se impartían eran sobre Materiales y Trabajo social. En esta segunda semana no logré realizar ninguna entrevista, pero 11 personas manifestaron interés en participar,

⁵⁸ Dirección de Educación Especial de la Secretaría de Educación básica (SEB) de la Secretaría de Educación en Nuevo León.

y me proporcionaron sus datos para ser contactados y agendar una cita; les llamé en las fechas acordadas para confirmar la cita con cada uno, sin embargo sólo una persona la confirmó (E4). Durante el mes de mayo intenté concretar alguna entrevista con las otras personas, sin embargo no logré entrevistar a nadie más. En el mes de junio no insistí debido a que por el cierre de ciclo escolar sería difícil que alguien aceptara ser entrevistado.

En el mes de agosto reanudé mis intentos por contactar maestros para entrevistar. La DEE informó que los cursos iniciaban hasta finales de septiembre, sin embargo se me puso en contacto con una maestra de apoyo que aceptó la entrevista (E6); además ella misma proporcionó información sobre posibles personas para entrevistar.

En vista de las dificultades encontradas tomé la decisión de implementar una nueva estrategia para contactar personas; intenté contactar nuevamente a algunas de las personas de los grupos del ciclo escolar anterior; aceptó una maestra, y realicé (E5). Por otro lado, busqué a través de conocidos que trabajan en educación especial profesionistas que cumplieran con el perfil; de esta forma obtuve los números telefónicos de dos personas que, al llamarles, en un inicio aceptaron, pero al informarles del tiempo de la entrevista desistieron.

Al revisar el contenido de las entrevistas realizadas (hasta E6) observé que la mayoría de las personas entrevistadas eran de sexo femenino y tenían más de 40 años de edad; por lo tanto, consideré necesario entrevistar personas con menos de treinta años de edad, además de incluir a alguien de sexo masculino. Con el objetivo de encontrar personas con este perfil, establecí nuevamente contacto con quienes habían proporcionado sus datos en los cursos del ciclo escolar anterior, de esta manera logré realizar (E7) y (E8), (que son jóvenes de sexo femenino), y (E9) que, aunque tiene más de 40 años, es de sexo masculino.

En el caso de (E10), aunque tenía el perfil de las primeras participantes que se habían entrevistado (femenina mayor de 40 años), era la única trabajadora social de quien tenía datos y contaba con disposición para participar.

En atención a los principios éticos de la investigación social, al momento de la redacción del informe se cambiaron los números que identifican a los entrevistados por nombres ficticios elegidos por orden alfabético, de tal manera que la identificación de las y los participantes queda de la siguiente manera: E1, Ana; E2, Bertha; E3, Carmen; E4, Dora; E5, Elena; E6, Flor; E7, Gina; E8, Hannah; E9, Ismael; E10, Julieta.

4.6. Tratamiento de la información: análisis temático.

En función de que el análisis del caso se realizaría a través de la interpretación de los significados, las entrevistas fueron grabadas durante su realización, previa autorización de los participantes. Posteriormente se realizó la transcripción de las mismas. Para garantizar la confiabilidad de la transcripción, ésta se realizó de la siguiente manera: la transcripción inicial de algunas entrevistas fue realizada por mí, y otras por una mecanógrafa contratada; en un segundo momento contrasté audio con transcripción para verificar la fidelidad. Posteriormente, durante la definición de los temas, leí las entrevistas las ocasiones necesarias para identificar los significantes que pudieran ser considerados en la determinación de los temas émicos en el discurso de los participantes.

Marvin Harris distingue los conceptos émico y ético de la siguiente manera

“Si los comportamientos se describen en términos de categorías y relaciones que surgen de los criterios de semejanza, diferencia y significación que estratégicamente se ha planteado el observador, son éticos; si se describen en términos de los criterios de un informante, son émicos (Harris, 1976:340) citado por (Duranti, 2000)

Stake por su parte, especifica que “los temas éticos son los temas del investigador”, y agrega: “Los temas evolucionan. Y surgen los temas émicos. Son temas de los actores, de las personas que pertenecen al caso. Surgen desde dentro” (Stake, 1999, pág. 29). En este sentido, resulta fundamental la búsqueda de los temas émicos en el discurso de los entrevistados a fin de lograr un empate coherente con las preguntas que dan origen a la investigación.

Stake (1999) destaca la importancia de la interpretación en investigación cualitativa, y especifica que ésta se realiza en todo el proceso de la recogida de datos, puesto que el investigador examina los significados, y en función de éstos reorienta, sustrae, o sustancia su interpretación. En el mismo sentido, Lucca Irizarry & Berríos Rivera (2003), puntualizan que la interpretación recae en los significados que tienen los participantes sobre los elementos estudiados.

Desde la perspectiva de Stake, a través de la interpretación se busca dar sentido a determinadas observaciones, mediante el estudio atento y reflexivo; no obstante señala que el *estudio Instrumental* en el que se estudia el caso para comprender sus propios fenómenos o relaciones, son necesarios procedimientos más complejos; la elección depende de la naturaleza del estudio, las preguntas de investigación, y la curiosidad del investigador. Este autor propone la suma categórica y la interpretación directa; postula que en ocasiones se puede encontrar un significado relevante de un solo ejemplo, pero que generalmente surgen de situaciones que se repiten.

Cada caso es singular, las decisiones se toman dependiendo de la naturaleza del objeto de estudio. Stake reconoce las limitaciones de su propuesta y sugiere apoyarse en otros autores para análisis más extensos y más detallados, así como para clasificaciones más elaboradas y complejas. En este caso, considerando que la tarea de abordar las visiones presentes en el discurso de los entrevistados posee una complejidad propia que se manifestó en la variedad de temas abordados por los y las participantes, y el tipo de reflexión que realizan en torno a ellos se decidió realizar un análisis temático.

4.7. Análisis temático

Esta investigación fue diseñada a partir de preguntas. Stake precisa que la búsqueda de significados, habitualmente, es una búsqueda de modelos: en ocasiones, éstos se conocen de antemano y surgen de las preguntas de investigación y sirven de base para el análisis. Advierte que, en ocasiones, surgirán del análisis temas émicos (desde las creencias) aquellos que son importantes para los actores, y que en ocasiones surgen en fases posteriores del trabajo.

Los antecedentes epistemológicos del análisis temático como método para el tratamiento de la información, se encuentran en la fenomenología social de Alfred Schütz, la cual “es una teoría comprensiva e interpretativa de la acción social que explora la experiencia subjetiva en el mundo de la vida cotidiana de las persona en el que prima el *sentido común*” (Mieles Barrera, Graciela, & Alvarado Salgado, 2012, pág. 216).

El análisis temático es un método para identificar y analizar temas, a través del cual se organizan y describen los datos en detalle, que permite la posibilidad de interpretar la información (Braun & Clarke, 2006), a partir de una cuidadosa lectura y re-lectura de la

información recogida, para inferir resultados que propicien la adecuada comprensión e interpretación del fenómeno en estudio (Mieles Barrera, Graciela, & Alvarado Salgado, 2012).

4.8. Temas de análisis

Los significados de los participantes, en función de la información analizada, se constituyeron en tres temas generales de análisis, que se organizaron en capítulos (V, VI, y VII), los cuales, a su vez, fueron desagregados en subtemas (temas émicos). (TABLA 1)

Cap. IV. Visiones en las prácticas de inclusión.

- a. Lo normal- anormal. Un entorno regido por la normalidad.
- b. La inercia del diagnóstico
- c. La llamada discapacidad intelectual.

Cap. V. Saber que no se sabe

- a. Una necesidad que no se plantea como demanda, pero reclama una escucha.
- b. Comprometiendo la subjetividad

Cap. VI. Escuela para todos

- a. El niño con discapacidad en el grupo regular.
- b. Adecuaciones curriculares: avatares de centrar la integración en el currículo escolar.
- c. Abordaje institucional; la paradoja el trabajo en equipo.

En resumen, el proceso de investigación fue concebido como una vía para acceder a las subjetividades de profesionales que atienden educativamente a niños con discapacidad; para tal fin, se trabajó en un diseño de estudio de caso que partió de varias interrogantes nacidas de la experiencia en la atención a niños con necesidades educativas especiales, de las cuales se derivan tres grandes temas que derivan en temas éticos; posteriormente, los temas son precisados como preguntas de investigación. Por medio de una serie de entrevistas, en un

proceso no desprovisto de dificultades e inconvenientes se recopilaron las ideas, reflexiones y experiencias de varios profesionales dedicados a atender a niños con distintos tipos de discapacidades; se establecieron cuatro bloques temáticos (ver tabla 2) para el desarrollo de las conversaciones que fueron grabadas para su posterior transcripción y análisis interpretativo.

TABLA 2. PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN				
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN		RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	RESULTADOS
TEMA	PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	TEMAS EN EL INSTRUMENTO	TEMAS ÉMICOS	CAPÍTULOS
1. El discurso sobre las prácticas de intervención de los profesionistas en atención directa con niños con Necesidades Educativas Especiales se sostiene en visiones ligadas a ideas procedentes del discurso médico y el sentido común ligado a la asistencia.	<i>¿Cuáles son los saberes que subyacen al Modelo de Intervención Psicopedagógica presente en el discurso de quienes participan en atención directa con niños con Necesidades Educativas Especiales en el Estado de Nuevo León?</i>	I. Proceso para trabajar con niños con Necesidades Educativas Especiales.	a. Lo normal- anormal. Un entorno regido por la normalidad. b. La inercia del diagnóstico c. La llamada discapacidad intelectual.	Cap. 5. Visiones en las prácticas de inclusión.
2. La concepción de niño de que se parte tanto en el discurso oficial como en las prácticas de intervención procede de ideas sedimentadas a lo largo de la historia que significan al niño como portador de un déficit.	<i>¿La visión a través del cual son abordados los niños con discapacidad en educación, propicia un intercambio subjetivo que posibilita un reposicionamiento del niño?</i>	II. Formación. III. Prácticas de intervención.	a. Una necesidad que no se plantea como demanda, pero reclama una escucha. b. Comprometiendo la subjetividad.	Cap. 6. Saber que no se sabe
3. Existe disparidad entre la visión que subyace al Modelo de Intervención Psicopedagógica propuesto por la institución y la visión presente en el discurso de los profesionistas que intervienen en la atención a niños con necesidades educativas especiales.	<i>¿Cuáles son las visiones que subyacen a los Modelos de Intervención Psicopedagógica propuestos en el discurso oficial desde los inicios de la educación especial en México?</i>	IV. Procedimientos	a. El niño con discapacidad en el grupo regular. b. Adecuaciones curriculares: avatares de centrar la integración en el currículo escolar. c. Abordaje institucional; la paradoja del trabajo en equipo.	Cap. 7. Escuela para todos

Como consecuencia del tratamiento a que fue sometida cada conversación, fue posible identificar un conjunto de ideas y concepciones vigentes en el discurso de los entrevistados, y se encontraron las constantes temáticas que dieron lugar a la determinación de temas muy concretos, constantes en los comentarios y valoraciones de los entrevistados: estos temas se identifican como *temas émicos* y se constituyen como el eje de interpretación de visiones y concepciones que, a su vez, dan origen a tres capítulos de este reporte. En la **Tabla 2** se esquematiza la relación conceptual entre los diferentes constituyentes temáticos y estructurales que dan cuerpo a la investigación que se presenta.

CAPÍTULO 5. VISIONES EN LAS PRÁCTICAS DE INCLUSIÓN

En el capítulo tres se analizaron los discursos que configuran la educación especial en México, de acuerdo a lo revisado se encontró que hasta la evaluación realizada en el año 2002, se encontró que a falta de un proyecto claro al implementar los cambios propuestos por la reforma del 93, en las prácticas educativas, aún predominaban los abordajes que se habían constituido antes de la implementación de esta reforma. Con el fin de retomar el proyecto y favorecer la integración educativa se inició el programa de fortalecimiento a la Educación Especial para promover la integración educativa PNFEIE.

Los abordajes tradicionales que se mantuvieron en las prácticas coinciden con la visión médico-reparadora y normalizadora-asistencialista (discurso asociado a la psicología diferencial), y visión social-ambientalista (discurso ligado a la higiene mental), que eran coincidentes con los discursos desde inicios de siglo hasta los años 70s a 80s.

En el presente capítulo, se analizarán los resultados de las entrevistas aplicadas para el estudio para identificar los saberes que se revelan en su discurso y las visiones en las que se apuntalan.

Perfil de los participantes: En lo referente al género; nueve personas eran de sexo femenino y uno de sexo masculino; en cuanto a la edad, 7 tienen más de 45 años, 2 están entre los 30 y los 35 años, y sólo una es menor de 30 años. La antigüedad en la Secretaría de Educación; 3 de los entrevistados tienen entre los 26 y 30 años trabajando, 4 tienen entre 10 y 15 años, y 3 tienen menos de cinco años.

En lo que se refiere a la preparación: el nivel de estudios es de licenciatura: los tres entrevistados con mayor antigüedad en la SE estudiaron normal básica y de ellos sólo una estudió posteriormente la Normal de Especialización. Los cuatro entrevistados con antigüedad de entre 10 y 15 años trabajando en la SE estudiaron en la Normal de Especialización, tres de ellos se dedicaron a otras actividades antes de decidir estudiar la Normal de Especialización. De los entrevistados que tienen menor antigüedad, dos de ellos son universitarios y una de ellas estudió en la NE, ellos sólo han estudiado esta carrera.

En lo que se refiere al lugar de trabajo: 7 de los entrevistados trabajan en USAER, 2 en CAM y 1 en UAP.

Resultados: en el discurso de los participantes se identifican concepciones que coinciden con los saberes acordes a las visiones médico-reparadora, normalizadora-asistencialista y visión social-ambientalista coincidentes con los discursos hasta los años 70s y 80s del siglo XX. Estas deducciones se abstraen del tipo de saberes y prácticas que se evidenciaron durante las entrevistas, en las cuales se identifican ideas relacionadas con la psicología diferencial; referirse a los niños con las valoraciones normal o anormal, nombrarlos en función de sus capacidades intelectuales y priorizar lo individual del niño al realizar el diagnóstico. Desde esta perspectiva el objetivo del abordaje consiste en adaptar al niño al

ambiente. Aspectos que se retoman para definir los subtemas de este capítulo a través de los siguientes temas:

- d. Lo normal- anormal. Un entorno regido por la normalidad.
- e. La inercia del diagnóstico
- f. La llamada discapacidad intelectual.

5.1. Lo normal-anormal. Un entorno regido por la normalidad.

El hombre en la búsqueda de acceder al saber sobre sí mismo, ha dado lugar a la fragmentación del saber que en el siglo XIX indujo la separación de la psicología de la psiquiatría, que es también punto de partida para una multiplicidad de estudios en el campo psicológico. En la psicología surgen la psicología clínica, la psicopatología infantil, la psicometría, el estudio experimental de la conducta y la evaluación psicológica. Ramas que fundan el mismo ser humano que no resiste a la tentación de encontrar su “ser perfecto”. En esta búsqueda se ha apoyado en saberes que le dan la ilusión de encontrar las respuestas, en ese transitar se ha encontrado respuestas que llegan a extremos drásticos como la eugenesia.

Las ideas eugenésicas encuentran su principio en la psicología diferencial fundada por Francis Galton (1822-1911), que basado en la teoría evolutiva de Darwin concibe la heredabilidad de las variaciones humanas con sentido adaptativo. Posteriormente Wilhem Wundt (1832-1920) funda el primer laboratorio de psicología experimental en Leipzig donde estudió las funciones de memoria, percepción, sensación, conocimiento, aprendizaje y su base neuronal. El punto en que confluyen el estudio de las diferencias individuales y la utilización de los test mentales diseñados por Alfred Binet, es James McKeen Cattell (1860-1944) discípulo

de Wundt y cercano a Galton (Bisquerra, 1996). Las ideas eugenésicas de estos investigadores tuvieron fuerte repercusión a finales del siglo XIX e inicios del XX, a partir de estas concepciones se promueve la perfectibilidad del hombre y de la civilización como plataforma para el progreso; visión que concibe lo anormal como continente del mal, transformado en la excepción, en lo irregular, y que sugiere enfermedad, disfunción o desviación.

Estas ideas fundamentaron la intervención médico-pedagógica con los niños llamados anormales en México, principalmente hasta antes de la creación de la DGEE. Y pese a su connotación moralista y excluyente, influyen, aún hoy en día en el pensamiento de los profesionales en las instituciones, y son evidentes en el discurso de los entrevistados; por ejemplo *Carmen*, al solicitarle que especifique a qué se refiere cuando habla de un niño con discapacidad intelectual describe:

Son los niños que en cuestión académica batallan para acceder al currículo básico; tienen problema de lenguaje, algunos tienen problema motor, problema para socializar, para seguir reglas, seguir instrucciones. Batallan mucho para pasar desapercibidos, si lo queremos llamar así. Se dan a notar mucho puesto que sus conductas a veces no son las adecuadas, o no son adecuadas ni para su edad ni para el entorno en el que se están desenvolviendo.

Esta visión normalizadora en la educación, donde lo *normal* se establece con la instauración de la educación obligatoria, que es correlativa con el intento de establecer una educación estandarizada. En un sistema de igualdad formal, la homogeneidad como regla introduce, como imperativo útil, toda una gradación de diferencias individuales cuyo resultado es una medida (Foucault, 1975/2009). La normalización es una aspiración propia del poder

disciplinario que rige en nuestra cultura, en la que el profesionalista se convierte en normalizador vigilante; esta restricción al desarrollo equilibrado de la atención al niño con discapacidad se corresponde con la visión médico-reparadora, en la que se pretende “normalizar al niño” para que sea como “la mayoría”, y si el niño no accede a los contenidos que marca el currículum general, es concebido como portador de un déficit. *Bertha* refiere:

El niño no se integra y no accede al mínimo de los contenidos que marca el programa regular, cuando no puede el niño acceder por sus condiciones biológicas y físicas, entonces, la escuela no es la adecuada para ese niño, el niño tiene que irse a una escuela especial.

Esta es una situación muy común, en que el niño tiene que transitar de una escuela a otra señalado y estigmatizado en tanto el sistema lo ubica en un lugar simbólico diferente.

La misma *Bertha* complementa, reafirmando la valoración:

El niño normal va aprender con maestro y sin maestro, pero hay otra parte, [en] la que te necesita y es... a mí me gustaría trabajar con esa otra parte.

Un efecto evidente del distanciamiento que provoca la concepción en torno a lo *normal-anormal* es visible en el nivel de empatía que puede establecer el profesionalista en su relación con el niño que atiende; cuando éste es visto como un otro ante el que el profesionalista mantiene una posición sujeto-objeto. La discapacidad interpretada como tragedia personal de alguien diferente, pero sobre todo como ajeno, es también una forma de señalarlo como anormal:

...como sociedad en general siento que a veces estamos como que muy perdidos y no empatizamos con ese tipo de personas, y no con ese tipo de personas, sino así como

pues, a veces ni con los mismos iguales, o sea con mi mismo compañero maestro, con mí mismo vecino, entonces pues más con ese tipo de personas que están más vulnerables.

(Carmen)

En otros aspectos de la manera en que se concibe actualmente la atención desde la institución al niño con discapacidad, es posible identificar la presencia del modelo socio-ambiental, de auge en los años setenta, cuando la observación de la conducta se interpretaba en términos de adaptación al ambiente social, en una relación sujeto-ambiente. Esta visión, aun cuando marca un adelanto de una visión orgánica hacia una visión social, es anacrónica en relación con las pretensiones actuales. Esa entremezcla entre una concepción biológica (disposiciones del niño) y social (condiciones generadas) es evidente en lo que refiere *Gina*:

Sí, porque sí hay niños que sí logran adaptarse al grupo o al ambiente en el que están, y hay niños que a lo mejor no logran la adaptación por completo, no sabría bien a qué se debe que unos sí y otros no.

Con esta cita de Gina pretendo precisar que los entrevistados cuentan con saberes que se transmiten en los lugares de formación tradicionales como la normal o la universidad, sin embargo no parecen situarse en un lugar de cuestionamiento en relación con esos saberes, sino que los refrendan sin que parezca existir comprensión de sus significados de fondo.

5.2. La inercia del diagnóstico

La evaluación psicométrica con fines de separar y seleccionar a los “mejores”, fue introducida por Galton y sus seguidores. Esta visión de la evaluación tuvo gran auge en las primeras décadas del siglo XX, y a pesar de que a mediados de ese mismo siglo ya era cuestionada tanto la visión

de la evaluación individual como su efectividad, los test psicométricos se han seguido utilizando como medio de diferenciación de los niños.

En México, la evaluación psicométrica fue introducida desde las primeras décadas del mismo siglo XX⁵⁹, y a partir de la reforma del 93 se pretendió desligarla del diagnóstico en educación con la pretensión de promover la intervención psicopedagógica que incluye diferentes elementos como: factores escolares, pedagógicos, ambientales, familiares y del niño, en tanto se pretende:

...conocer las características del alumno en interacción con el contexto social, escolar y familiar al que pertenece para identificar las barreras que impiden su participación y aprendizaje y así definir los recursos profesionales, materiales, arquitectónicos y/o curriculares que se necesitan para que logre los propósitos educativos. (SEP, 2006, pág. 84)

Los elementos que se proponen para la evaluación psicopedagógica son, básicamente, el alumno y su interacción con el ambiente, lo cual quiere decir que se analizan los diferentes factores del contexto escolar, familiar o personal del niño, para identificar cuáles de estas interacciones podrían estar funcionando como barreras para el aprendizaje y la comunicación.

A través de la implementación de la evaluación psicopedagógica se pretende realizar un diagnóstico contextual con la idea de no etiquetar al alumno, sin embargo, el discurso es ambiguo, en tanto, de inicio, parte de “las características del niño”, además, esta idea de

⁵⁹ Ver cap. 2

identificar las barreras para el aprendizaje, remite a una visión social ambientalista que también se evidencia en el discurso de los entrevistados. *Elena* refiere:

Me toca brindarle apoyo al alumno en la escuela, cuando ellos llegan a la escuela, lo primero que tengo que hacer es conocerlos, me llegan, tengo que conocerlos, tengo que acercarme al aula, tengo que ver cómo se desenvuelven en el aula; realizar observaciones: cómo enfrenta resolver un problema, cómo enfrenta la escritura, cómo enfrenta la lectura, qué puede hacer y qué no puede hacer, y qué ayudas requiere.

Gina, por su parte:

...porque el grupo sí la busca, pero a ella la invitan a jugar y no quiere; no le interesa mucho convivir con los niños de su edad, entonces, ahí es donde [se observa que] no logra adaptarse por completo al ambiente.

Esta ambigüedad en el discurso propicia ambigüedad en las prácticas, al realizar la evaluación psicopedagógica se pretende analizar los siguientes elementos: el contexto del aula y de la escuela, contexto social y familiar, estilo de aprendizaje, intereses, motivación para aprender, y el nivel de competencia curricular. No obstante, al revisar el discurso de las entrevistadas y entrevistados resulta evidente que en sus concepciones prevalece la idea de una evaluación centrada en el niño, y se basa prácticamente en las observaciones al niño, dentro y fuera del aula, en entrevistas informales con el maestro del grupo, y sobre todo, se le da un gran valor al diagnóstico médico. *Bertha* afirma:

Hay niños que necesitan medicamento, por ejemplo, con el déficit de atención. Nosotros no sugerimos nada de medicamento ni nada, pero creemos, de acuerdo a la información que se va colectando, que el niño necesita estar medicado para que pueda estar en una escuela

regular; entonces, canalizamos al neurólogo, y el neurólogo es quien va a decirnos sí o no.

Pero se toma por acuerdo.

Una perspectiva asociada a la objetividad científica se expresa en algunos de los elementos del diagnóstico psicopedagógico, por ejemplo la observación dentro del salón de clases y demás actividades escolares, que en las prácticas se convierte en un recurso esencial en la actividad de los profesionistas. *Ismael* refiere:

...observamos sus conductas dentro del salón, en la misma escuela, en el recreo, en clase de deportes; su comportamiento y convivencia con los demás niños, y elaboramos un pequeño reporte.

Como elemento complementario para la evaluación psicopedagógica se puede incluir la participación de profesionistas externos como audiólogos, oftalmólogos, u otros médicos especialistas, etc., lo que deja la posibilidad de acudir al diagnóstico médico como elemento fundamental de validación como una clara prevalencia de la visión médico reparadora. *Carmen* nos dice:

...claro que el médico ya nos dio el reporte donde dice que tiene una discapacidad intelectual; que es funcional, pero que sí, para cuestiones académicas va a batallar mucho para acceder. Ahorita está en segundo, y apenas se va sabiendo las letras, apenas los números del 1 al 10.

Otras declaraciones en el mismo sentido:

Sí, información médica; ahí se canaliza la información que se obtuvo en las observaciones, que se canalizó a un lugar, y de allá lo regresan con un diagnóstico, y ya ese diagnóstico nos va a permitir [saber] si es o no posible alumno de integración. (Ismael)

...llega uno nuevo con autismo y nos dice directamente: “es que tengo un niño autista”, a ellos les hacen la canalización de un neurólogo, y les hacen la serie de estudios que tengan que hacerles y nos los mandan, pero ya diagnosticados. (Flor)

Algunos vienen ya referidos de jardín, y ya vienen con un antecedente médico, y [dicen] que los llevan con el neurólogo porque los papas vieron que batallaban; porque tardaron en caminar; porque tardaron en hablar (Julieta).

La condición de orgánico en algunas discapacidades, parece hacer inevitable el lazo con la confianza en el saber médico, más el riesgo es que los profesionistas se queden atrapados en lo que consideran veracidad del diagnóstico médico: Aunque a su vez sea justificado como indicación administrativa, como si no tuviera que ver con el profesional. *Dora* refiere:

...pero sí hay un diagnóstico, si es muy significativo, se le manda a evaluar para el reporte; necesitamos un reporte médico, porque se exige así.

Los antecedentes de esta dependencia del saber médico es situada por Foucault (1984/2009) aproximadamente entre los siglos I y II, cuando la medicina era, no sólo una técnica de intervención ante la enfermedad, sino que, además definía una manera de vivir, una forma de relación del sujeto con su propio cuerpo. Esta tradición en torno a lo médico, llevada en ocasiones a los extremos, también la encontramos en la historia de la educación en México; el saber médico, llevado a las escuelas en un primer momento para prevenir las epidemias, cuando

estas fueron controladas se dedicó a vigilar la emergencia de la disfunción, la discapacidad, la diferencia, para ser abordadas como si de enfermedades se tratara.

Con el interés científico por el conocimiento de las características de los individuos y las diferencias entre ellos, adquiere gran relevancia el Modelo psicologista, con la aplicación de test mentales; al inicio como medio para diferenciar a los más capaces de los menos capaces intelectualmente; posteriormente, para medir habilidades. Los sistemas de enseñanza, al caracterizar las aptitudes y las capacidades, indican la utilización que se podría hacer del individuo. Foucault (1975/2010) refiere que el examen es una técnica mediante la cual se mantiene a los individuos en un mecanismo de objetivación.

No obstante, dicha objetivación no es un acto intencionado, pues el profesional se adhiere tanto a la tradición de aplicar el saber que ha adquirido en la universidad como a los mandatos de la institución sin que en ello intervenga necesariamente una toma de posición personal *Gina* declara:

E.- ¿Y las pruebas que se aplican tú las tienes o se te definen desde la administración?//*No se definen, yo soy la que...*//E.- ¿La administración qué te dice, qué tienes que hacer tú como psicóloga?//*Evaluar.*

Es este más allá en el que el profesionista es situado y se sitúa como medio para disciplinar.

5.3. La llamada *Discapacidad intelectual*

Discapacidad Intelectual es el concepto que se utiliza para identificar a los niños que anteriormente eran etiquetados con “retraso mental” o “deficiencia mental”, en un intento por

descentrar del individuo y acercarse a una visión que tuviera en cuenta la interacción de la persona en el contexto (Verdugo Alonso & Gutiérrez Bermejo, 2011). En los primeros años de estudio de la llamada deficiencia mental se asumía de antemano que el funcionamiento intelectual procedía de causas orgánicas, biológicas o innatas (Modelo organicista), la ilusión de poder medir y diferenciar a los mejores individuos, seleccionar a los mejores alumnos construyó un elemento central para el desarrollo de la psicometría. Los avances en el campo del saber permitieron que a finales del siglo XIX las dificultades intelectuales fueran diferenciadas de las demencias, lo cual no implicó que se descentraran de las causales biológicas. En los estudios de Tredgold (1937), Doll (1941, 1953) y Kanner (1957)⁶⁰ se identifica aún una visión predominantemente organicista, a pesar de que en los años veinte ya existían estudios que mostraban cierta influencia de lo social en el rendimiento académico (Thomas & Loxley, 2007).

En los años sesenta adquiere fuerza la visión socio-ambiental en los campos académicos. La definición sobre retraso mental emitida por la entonces llamada *Asociación Americana sobre Deficiencia Mental (AAMD)*⁶¹, en 1959 muestra esta concepción “El retraso mental está asociado con un funcionamiento intelectual general por debajo de la media, que se origina en el periodo de desarrollo, y se asocia con deficiencias en el comportamiento adaptativo” (Verdugo Alonso, 1994, pág.6).

Verdugo Alonso (1994) especifica que en esta definición, el funcionamiento intelectual se refiere a un nivel de ejecución por debajo de la media en el test de inteligencia; de la misma deriva la distinción de cinco rangos de CI, basados en las puntuaciones Stanford-Binet: Límite

⁶⁰ Referidos por Verdugo Alonso (1994).

⁶¹ A mediados de los años ochenta cambia el nombre a: Asociación Americana sobre Retraso Mental (AARM), actualmente lleva el nombre Asociación Americana sobre Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD). (Verdugo Alonso, 1994)

(83-67), ligero (66-50), moderado (49-33), severo (32-16), y profundo (16). El período de desarrollo se refiere a la edad desde el nacimiento hasta los 16 años, no obstante, la mayor importancia para determinar el retraso mental la tiene el “comportamiento adaptativo”. La definición que ofrece una de las entrevistadas (*Gina*), coincide con esta concepción:

...la discapacidad intelectual es un bajo nivel intelectual, o sea un bajo cociente intelectual, y una baja adaptación, entonces se supone que un niño con discapacidad intelectual, va a tener las dos juntas...porque unos lo conceptualizan como un CI bajo, y no necesariamente es sólo el CI bajo, sino que también tiene que tener problemas en la adaptación, en la vida cotidiana ...a la mejor no se puede defender solo, a eso me refiero más con discapacidad intelectual: niños que ya están diagnosticados con discapacidad intelectual.

Esta definición de Gina evidencia la influencia que aún tiene en nuestro medio la visión social-ambientalista, (la definición es de 1959), pero también es importante resaltar que los textos de Verdugo Alonso que se están utilizando para el análisis son relativamente recientes (de 1994 y 2011), es decir, que en el plano cultural aún se promueven saberes ligados a visiones comprometidas con la búsqueda de la perfectibilidad humana por medio de la adaptación del individuo a un ambiente social que se concibe como el lugar de lo normal.

No es la idea analizar las definiciones de la *Asociación Americana sobre Discapacidades Intelectuales del Desarrollo* (AAIDD)⁶², sin embargo, es importante mencionar que en 1992 se emite una definición que presume un cambio de visión sobre el retraso mental, no obstante,

⁶² Se encuentra un análisis profundo de las definiciones en: Verdugo Alonso & Gutiérrez Bermejo, Discapacidad intelectual. Adaptación social y problemas del comportamiento., 2011; Verdugo Alonso, El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR, 1994)

no se desprende de la visión centrada en la concepción del niño como poseedor de un déficit; ya no se plantea relación directa entre déficit de inteligencia y déficit en la conducta adaptativa; en su lugar se propone analizar si existen limitaciones en dos o más de las siguientes áreas o habilidades de adaptación: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo. La valoración de la capacidad intelectual se mantiene, más ya no se le otorga la importancia que se le otorgaba anteriormente. (Verdugo Alonso, 1994). Aún más, en el año 2002 se redefine el concepto como Discapacidad Intelectual, y se explica como sigue:

Discapacidad intelectual es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años (Luckasson y cols, 2002, p.8) citado por (Verdugo Alonso & Gutiérrez Bermejo, 2011 pág.17).

Es posible que estas actualizaciones de las definiciones de la AAIDD, respondan a intentos por descentrar de lo orgánico lo que ellos consideran la causa de la discapacidad, sin embargo, no logran desprenderse de la visión organicista. Así, tampoco los entrevistados logran una visión diferente. *Ismael* refiere:

...que hay un daño intelectual primero, hay un daño a nivel cerebral y que las áreas específicas del cerebro, de razonamiento, de juicio, de llevar a cabo realizar operaciones básicas.

Esta cita de Ismael es ilustrativa porque precisa su concepción de que “algo ha de estar dañado en el cerebro del niño”. Es muy significativa esta visión puesto que muestra que en lo orgánico ubica la causa de la dificultad escolar que se manifiesta en el niño, con ello se adhiere a un discurso seguro –el discurso médico- porque ahí no hay falla, es el discurso dominante, si no se encuentra explicación “seguramente está mal del cerebro”. Pero también puede ser explicada como un déficit en el desarrollo, por supuesto en comparación con los demás:

Los niños que tienen una discapacidad intelectual son aquellos que funcionan de una manera diferente, vamos, a un ritmo diferente de aprendizaje que la mayoría de su grupo en edad. Hay niños que tienen, decimos nosotros, una edad, en primer año, [de] 6-7 años, pero su desarrollo intelectual corresponde a un niño de cinco o de cuatro; tienen cierto retraso en su desarrollo que les limita el acceso a la información o a los contenidos que están establecidos (Bertha).

Bertha en esta cita es muy clara en relación que existe un saber y un discurso dominante al que el niño por su “deficiencia” no logra acceder. Pero Dora es más precisa puesto que esta inadaptación del niño puede considerarse “un peligro”. Refiere:

...es un niño que no está sobresaliendo académicamente, a nivel del común; ellos socialmente pues no, se los empiezan a hacer a un lado; la maestra los tiene que tener casi aislados, porque se encierran los mismos niños. Académicamente no avanzan, no se puede establecer alguna comunicación con ellos. El niño de discapacidad intelectual falla en varias áreas, entre ellas la académica o pedagógica, la comunicativa, la social, e incluso la de autocuidado. Ellos no se miden, no se miden el peligro, se agarran o

corre y corre escaleras y se pueden salir hasta de la escuela. No hay cuidados, al menos en esos niños, sí tienen bastante problema. (Dora)

Aunque los entrevistados reconocen que ellos tienen una herramienta que es el diagnóstico pedagógico quien lleva el poder sobre la valoración es el saber del médico o del psicólogo que se enfoca en el individuo-niño, entonces ¿cuál es la función del diagnóstico psicopedagógico?

Las evaluaciones se las hace un neurólogo o un psicólogo; es una serie de evaluaciones que yo desconozco. Yo, aquí en lo particular, le hago una evaluación psicopedagógica y una propuesta curricular adaptada, pero, ya para el diagnóstico les hacen, me imagino que les han de hacer un TAC cerebral o ciertos estudios que ya son de especialistas. (Flor)

En los ejemplos anteriores se muestra claramente que la causa de la problemática que se presenta puede ser explicada desde lo orgánico, lo psicológico o lo conductual, pero siempre ubicando al niño como portador de la problemática; desde estas perspectivas, es el niño el que aparece como “dañado del cerebro”, con un “desarrollo deficiente” o con “dificultad para controlar su conducta”. Pero, ¿qué sucede cuando el saber médico o psicológico no da la respuesta desde la individualidad del niño?

Fue llamativo encontrar en el discurso de los entrevistados una etiqueta para los niños que al no presentar discapacidad física, y no ser candidatos para el diagnóstico médico de Discapacidad Intelectual, son identificados con el término *significativo*, pero, ¿cuál es un niño significativo?

Cuando tienen rezago escolar, pero que pueden, que se trabaja con ellos un determinado tiempo y puede ser que algunos de ellos, no siempre, y a veces es que no maduraron tan rápido, que tienen ahí un poquito falta de maduración nada más, que necesitan

solamente así como un empujoncito, y con orientaciones leves los niños trabajan, pero eso muy rara vez lo ven porque no hay tiempo, simplemente cada maestra tiene como 25 niños entre necesidades, sobresalientes, y discapacidad (Julieta).

Dora nos dice:

Y muy significativo porque ya dices tú, oye por más que le diste, le empecé a dar estrategias a la maestra y todo, porque a veces los significativos con estrategias que la maestra trabaja y sale, o despegan rápido, traen algunas confusiones, no hay disciplina en casa, se les empieza a sugerir... y empiezan a funcionar los niños, a dar resultados, y esos muy significativos no, no, no hay avance, no hay avance, no hay avance, y sospechamos de alguna discapacidad intelectual y se le manda a evaluar (Dora).

De acuerdo a lo que se entiende con estas descripciones del niño llamado significativo, la “dificultad” podría asociarse a diferentes factores, como por ejemplo: la metodología o la actitud del maestro, el salón no es el adecuado, la escuela, la familiares, o pueden ocurrir infinidad de factores como causales de esa situación en lo escolar. Sin embargo la explicación nuevamente centra la causa en el niño.

Otro aspecto llamativo es que al no existir diagnóstico médico que avale que el niño “tiene una falla” se pierden en una etiqueta tan ambigua como la de “significativo”, enfatizo este punto porque en estos casos se podría realizar un análisis de la situación escolar o grupal, identificar cuáles son las circunstancias asociadas a la dificultad de aprendizaje en el niño desde una visión pedagógica. Pero al parecer los entrevistados no cuentan con estas herramientas para el abordaje.

Para proporcionar la oportunidad de que me hablaran desde el discurso pedagógico, abordé el llamado diagnóstico psicopedagógico como parte del discurso institucional puesto que en base

a los resultados de éste realizan adecuaciones curriculares. En el discurso de los entrevistados se encontró que este diagnóstico consiste en identificar el estilo de aprendizaje. Por ejemplo:

...ya cuando llega con el diagnóstico, ya que el doctor nos dice sí, el niño tiene autismo, entonces ya se le empiezan a hacer las adecuaciones de acuerdo al estilo de aprendizaje del alumno (Hannah).

...primero para empezar son las evaluaciones obviamente psicológicas, cuestiones desde el CI, cuestiones emocionales, cuestiones con la familia, este, procesos de aprendizaje del alumno, valoración del estilo de aprendizaje (Gina)

Con el anterior análisis se ha expuesto que en el discurso de los participantes en esta investigación se identifican saberes provenientes de las visiones médico-reparadora, Normalizadora-asistencialista, y Visión social-ambientalista, en estas visiones predominan saberes provenientes del discurso médico y psicológico, principalmente de la psicología diferencial, la psicometría y la higiene mental, las cuales se centran en el individuo como fuente y causal de un problema.

De acuerdo a lo que denota el discurso se reconoce dependencia al diagnóstico médico como portador del saber sobre la discapacidad. También es evidente la ausencia del discurso de la integración y de la inclusión, y sobre todo del pedagógico.

Predominan los discursos a través de los cuales se pretende acceder al niño a través de saberes procedentes de una tradición racional positivista que intenta acceder al humano, pero sin alcanzarlo como, como señala Foucault.

CAPÍTULO 6. SABER QUE NO SE SABE

Al intentar acceder al sujeto desde la racionalidad positivista *se objetiva para poder dar con él*⁶³, pero en el mismo movimiento de asirlo, tanto la discapacidad como el sujeto quedan excluidos, no obstante, como ocurre con todo lo que se excluye, aparece en otra parte. En el capítulo anterior, se analizaron los saberes que se encuentran en el discurso de los entrevistados, se observó la gama de disciplinas que se desprenden desde la medicina a la psicología a través de las cuales se interroga al cuerpo del niño desde una pretensión de objetividad.

La noción de lo social desde la que los entrevistados conciben a los niños con discapacidad mantiene una perspectiva social ambientalista, en la que se pretende adaptar al niño al ambiente social. La otra visión de lo social no está presente en las entrevistas; la que concibe a la discapacidad como una construcción social donde es la sociedad con sus valores la que define las figuras de la exclusión; el pobre, el loco, el delincuente, etc., lugar en el que desde una tradición modernista se ubica al diferente.

⁶³ (Jacobo Cúpich & Campos Bedolla, Discapacidad y subjetividad: algunas implicaciones en el ámbito educativo., 2008, pág. 889)

Desde la visión social-ambientalista se concibe al niño como portador de un problema, al que es necesario ayudar para que pueda adaptarse a la vida social, desde esta perspectiva pueden concebirse cualquier tipo de dificultades en la escuela. No obstante, no para todos existe una etiqueta en el discurso médico, lo cual provoca confusión en los profesionistas, en este sentido, cobra particular importancia la figura del *significativo* que se encontró en el discurso de los entrevistados; al no existir evidencia “objetiva” para atribuirle un nombre no existe formulación teórica, por lo tanto no hay discurso sobre él; parece ser un lugar común en el que puede quedar todo lo que no es visible y tampoco entendible.

Esta figura del significativo, invita a reflexionar en relación con los saberes a través de los cuales se abordan los niños en las escuelas. Ya advertimos en el capítulo anterior que los profesionales se adhieren a un discurso proveniente del saber científico que intenta abordar al humano desde métodos que considera objetivos como la psicología experimental y la psicometría. Sin embargo, los mismos profesionales ante situaciones que no pueden ser afrontados desde esta visión quedan en la ambigüedad, en la indefinición y el sinsentido.

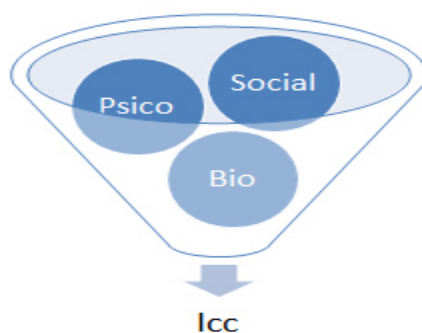
Nos encontramos en el punto que Foucault señala en *Las palabras y las cosas*, ese límite al que llegan las ciencias humanas que, a través de las leyes de la biología, de la producción y del lenguaje, intentan definir al hombre, sin embargo permanecen en el límite de lo representable al chocar con el hombre en su finitud, con la muerte, con el deseo y con la ley; zona franqueada por un espacio, una hiancia; lugar de lo no representable en que se implica al sujeto. Declara:

... ni esta Muerte, ni este Deseo, ni esta Ley pueden encontrarse en el interior del saber que recorre en su positividad el dominio empírico del hombre; pero la razón de ello es

que designan las condiciones de posibilidad de todo saber sobre el hombre. (Foucault, 1966/1969, pág. 364)

Las concepciones sociales sobre lo humano ocurren y son determinadas por el saber sobre el deseo, la muerte y la ley; ese saber que no se sabe, pero que sin embargo implica al sujeto en su singularidad, puesto que sólo él puede saber sobre su deseo, aunque no tenga acceso a él en tanto que es inconsciente. En el **Esquema 2**, se muestran los discursos que dicen algo en relación con el niño, pero que sin embargo dejan fuera el saber del que ni el mismo sujeto quiere saber, el inconsciente.

Esquema 2. Inclusión de lo no conocido



La atención al niño con discapacidad corre el riesgo de alejarse de lo humano cuando no se busca saber qué se pone en juego en la relación maestro-alumno; qué es lo que no se inscribe en un diagnóstico, no obstante, ha de ser clarificado en la relación con el semejante. No acercarse a esta reflexión puede dejar al niño en un lugar de objeto observable, normalizarle; un objeto de intervención, en el que su subjetividad permanece en lo marginal.

6.1. Una necesidad que no se plantea como demanda, pero reclama una escucha.

El ser humano, en tanto parlante, queda excluido de la naturaleza; es habitado por los significantes que son las palabras. La necesidad, al ser interpretada por el Otro⁶⁴ en términos de lenguaje, es transformada en demanda de un sujeto. Toda demanda, por el hecho de ser palabra, reclama del Otro su respuesta invertida, evoca su propia forma transpuesta de acuerdo con una determinada inversión (Lacan, 1960-1961(2003)). A través de la demanda se construye una relación dialéctica del sujeto-niño con el Otro en camino a su subjetivación; para cada sujeto este Otro, en un primer momento es encarnado por la madre.

En la relación maestro-alumno, el maestro ocupa el lugar del Otro como portador de la cultura, en esta relación se establece esta dialéctica entre la demanda⁶⁵ del maestro al alumno de dejarse educar y la demanda del alumno de que el maestro facilite el acceso a cierta forma del conocimiento. Se trata de un juego de demandas definidas por el sentido inherente a los significantes: el maestro es el que enseña: desea enseñar; el alumno es el que aprende: desea aprender. Teóricamente, la relación se establecería de esa manera, no obstante, la particularidad de cada uno instaura una relación singular, en que, frecuentemente, el alumno es uno que no desea el aprendizaje y el maestro es uno que no tiene deseos de enseñar, pues a cada uno lo mueve su propio deseo inconsciente; mayores complicaciones entran en juego cuando se involucran otros significantes, por ejemplo: ¿Cómo se establece este encuentro entre el maestro y el alumno con discapacidad?, ¿cómo vive el maestro de educación especial la demanda del niño?

⁶⁴ Desde el psicoanálisis el Otro es concebido como el lugar de la cultura, el tesoro de los significantes.

⁶⁵ En lo humano la necesidad biológica al ser interpretada por el Otro en términos de lenguaje se transforma en demanda de un sujeto (Lacan, 1960-1961(2003))

En la relación interhumana el lenguaje que nombra la discapacidad, también la matiza; uno es el niño real con sus potenciales y limitaciones, y otro es el niño que el semejante nombra, por ejemplo, *Dora*, una de las entrevistadas, refiere la actitud del niño y su enfrentamiento con la agresividad:

...pero sí, mientras no sean agresivos, porque sí me han tocado niños que muerden, que golpean, son [es] demasiado difícil que sean adaptados. Hay niños que, por ejemplo, con mucha parálisis; los niños con PC tienen una parálisis muy profunda.

El niño, llama al otro con lo que sus posibilidades le permiten; su cuerpo y su actuar son en ocasiones los únicos medios con los que puede —o sabe— acercarse al otro, comprometiendo en una respuesta en la misma línea de actuación por parte del profesional que lo atiende, y que a la vez que le da un lugar, le procura un espacio simbólico dentro de la escuela. *Elena* menciona:

...prepárate diariamente para enfrentar retos como esos, donde tienes que negociar, desde el director; donde tienes que negociar con la maestra; donde tienes que aguantar al niño; donde el niño pues, había veces que era tanto su grado de irritabilidad que llegas...algún maestro y yo llegamos a tener golpes de parte de él, por su naturaleza propia, por su atención no adecuada, pero teníamos que enfrentarlo.

La discapacidad alude a relaciones de cuerpos concretos (Skliar, 2012); en la relación del niño con el maestro especialista el tipo de demanda que se vehiculiza en la relación está estrechamente ligada al cuerpo, comprometiendo al profesional en el cuestionamiento de su propia imagen idealizada. Usando las palabras de Lacan (1966/1984 pag.90) se puede explicar de la siguiente manera:

Este desarrollo es vivido como una dialéctica temporal que proyecta decisivamente en historia la formación del individuo: el *estadio del espejo* es un drama cuyo empuje interno se precipita de la insuficiencia a la anticipación: y que para el sujeto, presa de la ilusión de la identificación espacial, maquina las fantasías que se suceden desde una imagen fragmentada del cuerpo hasta una forma que llamaremos ortopédica de su totalidad – y a la armadura por fin asumida de una identidad enajenante, que va a marcar con su estructura rígida todo su desarrollo mental.

El yo del sujeto se constituye a partir de esta primera enajenación de su imagen, a partir de esta ortopedia que es la imagen unificada del cuerpo que lo soporta. El niño con discapacidad enfrenta al otro con este cuerpo real que cuestiona su propia imagen ideal unificada. Pero cómo hablan nuestros entrevistados el encuentro con este cuerpo, ¿qué es lo que provoca en el profesional esta imagen de cuerpo que cae del ideal? *Ismael* refiere cierto espanto:

...y aprendí a tratarlos con el debido respeto ver a los muchachos desnudos, hablar con ellos decirles que se bañen porque a veces se ensuciaban, entonces eso, hay gente que no deja de asustarse, pero eso no quiere decir que van a ser malos maestros, simplemente a veces esa situación hace que te limite un poco.

El otro semejante proporciona al sujeto los referentes de identificación; en este sentido, la mirada del maestro, la imagen que obtiene el niño a través de esta mirada es constitutiva; imagen que se construye por el acceso a los significantes y por la interpretación del propio cuerpo desde lo que se vive en relación con la mirada del otro.

Una breve conclusión sobre las reflexiones anteriores es que se observa que entre el niño con discapacidad establece y el profesional que lo atiende se establece una relación en la

que ambos se ven comprometidos; se rebasa la intimidad de ambos, lo cual despierta un montante de agresividad en el profesional manifiesta a través de mostrar cierta indiferencia y resignación ante su situación y a del niño, y en el niño, una tensión entre sus posibilidades de acercamiento con el otro, su cuerpo; el cuerpo real y su representación (Eusse Castro, 2007). Donde le es imposible plantear su propia demanda en tanto lo que se le ofrece desde la educación es un abordaje a una llamada necesidad.

6.2. Comprometiendo la subjetividad

En educación se utiliza el significante *Necesidades educativas especiales* para hacer referencia a la especificidad de apoyos u herramientas para favorecer el acceso del niño a lo escolar. La palabra necesidad, por definición remite a una falta esencial, una carencia que requiere pronto auxilio⁶⁶ Por lo tanto, de acuerdo a la institución es tarea del profesional que lo atiende identificar esta necesidad o necesidades, e implementar los apoyos para cubrirlas y así facilitar el acceso del niño a lo escolar. Hasta aquí, en torno a la necesidad todo parece claro, no obstante si se piensa en el sentido psicoanalítico, el ser humano al ser atravesado por la palabra pierde esta relación natural de la necesidad con la satisfacción como función vital, por lo tanto, la relación del humano con su cuerpo no es del orden de lo natural, sino que este cuerpo está atravesado por los diversos significantes a través de los cuales es nombrado.

Por otro lado, la educación no es una necesidad vital sino social; el significante necesidad remite a cubrir o resolver una necesidad de los niños con discapacidad como lo dice la normativa, lo cual resulta problemático en tanto que en términos humanos la discapacidad no sería remitida a

⁶⁶ Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda edición.

lo biológico, sino a la significación que se le ha dado para cada sujeto en particular, eso del lado del sujeto con discapacidad, pero también va implicada la significación que le da la persona que está a cargo del niño, en este caso en educación.

En ese sentido, cabe preguntar ¿Qué es una Necesidad Educativa Especial?, si esto significa a pretender “satisfacer” o cubrir una “necesidad” entonces, se está abordando al niño desde una visión que no lo incluye en la red de significación que le permitiría en un momento dado subjetivarse, puesto que la necesidad remite a lo individual y la educación remite a lo social, a la construcción del sujeto en la relación con el otro, a la relación interhumana. No obstante, el concepto Necesidades Educativas Especiales está altamente arraigado y se utiliza en el intercambio verbal en relación con la atención al niño en el campo educativo. ¿Cómo identifican nuestros entrevistados una necesidad educativa especial?, ¿cómo se encuentran con el niño?

Actualmente, la educación preescolar es obligatoria, por lo tanto, cada vez los niños son referidos para atención especial más tempranamente; esto en cierta medida favorece para que al llegar a la escuela primaria, el niño sea visto y se ubique en el grupo como cualquier niño. A propósito *Julieta* refiere:

E. ¿Cómo llega un niño con síndrome de Down a...? // Bueno, a nosotros, regularmente son referidos por el jardín de niños, porque hay jardines de niños que tienen apoyo escolar. Cuando llegan a la primaria ya llegan del jardín de niños regular, generalmente los que me ha tocado a mí recibir, niños de integración, me han llegado referidos del jardín.

El niño, es vivido por los otros niños como un niño más, no por la discapacidad, no obstante, la institución insiste en la búsqueda del que “falla” para identificarlo, nombrarlo y, “darle un

servicio” como ocurre con los niños que no presentan una discapacidad evidente y el especialista se da a la tarea de buscarlo. *Flor* menciona:

Yo voy a principio de año. Los primeros quince días vamos a los salones nada más a observar, y ahí ya pasamos por los bancos, y vemos como está el niño, y lo vamos anotando, sin que el maestro se dé cuenta. Luego, ya después, hablamos con los maestros.

Esta práctica de ir a los grupos de las escuelas pertenecientes a la USAER para localizar a los niños e identificar “la necesidad” podría decirse que ha permitido que niños que presentan debilidad visual, sordera o la llamada discapacidad intelectual sean referidos y apoyados. No obstante, se presta para que los profesionistas desvíen su tiempo y su atención al identificar como *necesidades especiales*, situaciones que pueden ser resueltas por el maestro de grupo regular. Y los niños a los que corresponde atender, los niños con discapacidad, terminan no siendo apoyados como corresponde. *Carmen* refiere:

Tengo el caso de una niña en la mañana que tiene parálisis cerebral muy marcada, la niña ya está en tercero. Cuando yo llegué, ya en septiembre, porque fue un cambio interno de la USAER, resulta que la niña ya está ahí, pero no hace absolutamente nada, porque su parálisis cerebral la va a... ha tenido muchas convulsiones, y eso le ha ido bajando su nivel, lo que ya alcanzaba. Ya decía sí con la cabeza, ya decía no, ya se comunicaba, que es lo que buscamos, mínimamente; pero no... la niña, o sea, ahorita no hace ya eso; entonces, llega, está sentada sin hacer absolutamente nada, o sea nada, porque no puede hacer nada. Por ejemplo, llega a las ocho, para las nueve, de las ocho a nueve se la pasa así como que toda inquieta, todos los días, en lo que se acopla al

ruido de todos, o a la actividad que estén haciendo, pero no puede hacer nada, porque igual y le preguntas y no contesta; igual estás ahí con ella, le agarras la mano para escribir, pero ella está así, como dormida. Entonces, esa niña, para mí, no debe de estar en la escuela; siento que a ella le aprovecharía más una terapia física, que estar integrada en una escuela, porque ni socializar...

En ocasiones, los padres ofrecen adecuar el espacio físico, sin embargo esto no significa que su hijo o hija sea aceptada. *Dora* menciona:

Sí hubo una niña, y el papá -si vieras-, si hay una rampa en esa escuela, es por el papá, les hizo una rampa, para que aceptaran a su hija; hizo todo lo posible, el señor tenía posibilidades económicas. Hizo adecuaciones ahí, que se lo permitieron, porque como es un edificio público, y ¿cómo se dicen esas que no puedes hacer cambios estructurales porque son reliquias? Pidió permisos y todo y se le permitieron, los que él pudo y [como] económicamente él no tenía ninguna dificultad, las hizo, para que aceptaran a su hija; pero si era bastante difícil que la niña comunicara lo que sabía. Se hicieron muchas adecuaciones y todo, pero aun así hay niños que están más, más dañados, que de plano, a veces ella hablaba con dificultad algo, y se le medio entendía, o se ponía a moverse; hay niños que no se pueden mover.

Niños que por derecho estarán dentro de las escuelas, pero que a la vez se encuentran marginados, ocupando un lugar, un espacio físico en el margen del grupo. *Flor* nos dice:

Sí; una cosa es decir sí lo acepto; lo acepto y ahí está sentado, o allá está parado, como es autista, allá anda parado; pero si no vamos nosotros y le damos las sugerencias, o a veces aunque se las demos, el niño sigue ahí; entonces sí falta compromiso de parte...

pero un compromiso verdadero, no nada más, como le decía ahorita, porque les pagan más o porque les den puntos, los aceptan y ya. El compromiso con los padres de familia, con los niños, con nosotros no, con los padres de familia y con los niños.

Pensando en términos humanos, no se puede generalizar, eso es claro, también los discursos en favor del niño con discapacidad parecen claros en ese sentido, no hay motivo para que sus derechos sean diferentes a los de cualquier niño, se le deben ofrecer opciones en función de su singularidad como se supone debería ocurrir con la educación de cualquier niño. No es posible abordarlo desde una ética del deber ser, una ética propia de la generalidad, sino desde una perspectiva más singular.

Los ejemplos anteriores ilustran lo difícil que es para el niño con discapacidad cuando es visto desde lo general en la escuela, y cómo los profesionistas que lo atienden lo viven como una tarea difícil en tanto que con las posibilidades con que cuentan les impiden pensar en la “respuesta específica para cada niño” como refiere Skliar (2012). Principalmente porque gran parte de su labor es dedicada a actividades de gestión, lo que posterga el encuentro con el niño y la posibilidad de realizar acciones pedagógicas específicas. Pero, ¿que se atraviesa?, ¿cómo conciben los entrevistados las llamadas necesidades educativas de los niños con la discapacidad?

Los entrevistados, reconocen el derecho del niño a la educación y a tener la posibilidad de acceder a una escuela como todos los niños. No obstante, al referirse a lo particular, al hablar sobre el caso por caso en su trabajo diario existe un algo más allá que los rebasa y se manifiesta en las ideas de no aceptación que se leen en la ambivalencia de su discurso. *Julieta* refiere:

Pues, para mí son niños igual que todos, que tienen todos los derechos igual que todos los niños de ser incluidos dentro de todos los procesos educativos, social, cultural y todo. No creo yo que sea que necesario hacer ninguna separación, claro, hay discapacidades en las cuales sí se requiere estar en un lugar en donde [todos] son niños con discapacidad solamente, porque así se requiere.

Julieta, en su discurso se deja ver el reconocimiento a los derechos del niño, las ideas asociadas a una visión social de la discapacidad en la que se concibe a la persona con discapacidad como sujeto de derecho, no obstante ella misma refiere que la inclusión no es para todos. Lo cual nos revela cómo imaginariamente las personas se adhieren a un discurso de lo general y lo defienden socialmente desde el mismo discurso. Sin embargo, el caso por caso, la presencia del individuo en su singularidad remite también a lo singular del profesional a enfrentarse con su propia ética, y a cuestionarse sobre el lugar de su trabajo en el espacio escolar. *Elena*:

Dentro del grupo, donde el alumno tiene la necesidad, es en el aula. En el aula se debe responder a su necesidad; el alumno en el aula es donde tiene la dificultad, en el aula se le debe de ayudar, definitivamente en el aula.

Hasta el momento, se ha desarrollado el abordaje del niño en el terreno institucional, no obstante el trabajo educativo con niños en algunos casos implica al profesional en el terreno de lo privado en tanto la llamada necesidad reclama un abordaje en lo familiar, lo privado. *Dora* plantea:

Y evitar esos aspectos que le impiden desenvolverse bien en lo social, porque hay papás que dicen: “es que yo nunca lo llevo porque me da miedo que vaya a darle un fregazo”,

porque los niños autistas ‘pum’, de repente sí te sueltan un trancazo, y les digo: “no, no, ustedes estén ahí al tanto y, sabe qué, al contrario, llévelo a fiestas, todas las que se ofrezcan y que pueda usted, llévelo, al contrario señora, no me lo encierre, sáquelo... un concurso de no sé qué, usted llévelo”.

Esta participación en el terreno de lo privado, lleva al profesionalista a que en ocasiones se le dificulte encontrar el límite entre la empatía y el afecto que como profesional corresponde y su vida personal; nuevamente *Elena*:

...como son cosas muy delicadas, y no dejas de apropiártelas, llega un momento que tú dices, ¿dónde es mi hijo y dónde es el alumno? A veces como que perdemos la línea, y es muy importante, por las consecuencias que eso pueda tener, o cómo la escuela puede actuar en esos casos...

Límite que según el discurso de los entrevistados cuando se trabaja con un niño con discapacidad es difícil mantener puesto que absorbe, atrae fuerzas y jala energía. *Elena* nos dice:

...todavía me considero una mujer muy vital, sin embargo, yo cuando estoy con los niños, siento como si yo fuera una no sé, como una batería y los niños fueran como imanes, entonces, de una manera empiezan a jalar mi carga, mi carga, sí. Entonces terminas de trabajar con ellos, sientes una gran satisfacción, pero sí de repente como que el cuerpo...necesitas tener bastante energía porque a veces improvisas...pues improvisas en el aspecto de enfrentar una situación con los niños. La parte de la planeación, es una planeación, y ahí no puedes improvisar, ahí todo tiene que estar planeado...

Y sin saber, atraviesan el espacio de lo íntimo. *Elena* nuevamente:

Entonces hay días en que sí son, son de esos días que llegas a la casa, y dices; ay, ya llegué a la casa, es hora de al menos descansar un rato y volver agarrar aire, respirar y volver otra vez a renovarte y a seguir con, pues con esto porque para ser maestro, sobre todo debes de tenerle amor a la profesión, mucho amor a la profesión, e inclusive yo creo que los maestros de educación especial debemos de tener como un cierto grado de, ¿cómo se dice?, aquí tengo la palabra...de frustración// E. ¿Tolerancia? //Tolerancia a la frustración.

El espacio de lo íntimo, espacio de lo privado, la necesidad que en ocasiones provoca confusión en el profesionista, al grado de inconscientemente colocarse entre los niños con discapacidad. Los lapsus de *Ismael* muestran:

...yo soy de la discapacidad...de la especialidad en discapacidad intelectual, y yo me enfoco a lo que es discapacidad intelectual y había discapas... problemas de aprendizaje, yo me enfocaría a apoyo escolar... y ahí llegan maestros con problemas en el aprendizaje y se enrolan muy bien, pero ahí ya entra más el, otra vez, el gusto por, sí, y yo creo que ya depende de cada quien, hay gente que podría decir yo no, yo no nací para CAM, y me gusta más USAER...

Esta implicación subjetiva del profesional en el trabajo con niños, como en toda interacción humana es un proceso en el que el sujeto se va posicionando en el lugar que siente que le corresponde, así, después de sentir que sufren por no encontrar el límite de su participación en la institución, hay un momento en que la reflexión lleva a tomar decisiones (SEP, 2006). *Elena* refiere:

Mira, lo que me ha dado la respuesta con el tiempo, ha sido que mi trabajo es meramente educativo. Mi función es educativa; no puedo hacer algo más allá de lo educativo.

En las citas referidas en este capítulo puede reconocerse cómo el profesionista compromete su cuerpo, su persona, su afectividad como ocurre en cualquier relación interhumana. No obstante, en las citas expuestas parece como si el profesional sintiera que el abordaje con niños con discapacidad implicara un excedente. Lo cual en cierta medida es cierto, pero no necesariamente por la condición del niño con discapacidad, sino porque socialmente se ha construido la idea de que es más difícil.

Esta concepción de lo difícil tiene algo de verdad, pero no por la condición de discapacidad, sino por las ideas que la sociedad ha construido donde aún no ha sido posible que se conciba a los niños en su diversidad y que exista una educación que les permita reconocerse, identificarse con sus iguales y acceder a las posibilidades de construcción como sujeto reconociendo sus faltas, posibilidades y logros.

Estas afirmaciones dan oportunidad para dar una respuesta a la tercera pregunta de esta investigación: *La visión a través del cual son abordados los niños con discapacidad en educación, ¿permite un intercambio subjetivo que posibilite el reposicionamiento del niño?*

De acuerdo a lo desarrollado: los saberes que se identifican en el discurso de los entrevistados provienen de una visión que concibe la discapacidad como un déficit que concierne al individuo al que es necesario normalizar para que se ajuste a la sociedad y a la vida productiva. Y que además, la visión que se ha construido sobre el niño con discapacidad dificulta el acercamiento del profesional al niño. De acuerdo a esto, se puede afirmar que hasta el momento el abordaje del niño con discapacidad en educación aún no ha posibilitado un reposicionamiento subjetivo.

Por lo cual, aún hay mucho trabajo por hacer en el camino a la construcción de una sociedad en la que se reconozca y respete la diversidad.

CAPÍTULO 7. ¿ESCUELA PARA TODOS?

Escuela para todos⁶⁷, es una de las máximas que orientan las prácticas de la *inclusión educativa*, la cual pretende garantizar que:

...todos los alumnos, sin importar sus características, reciban una educación de calidad a través de reconocer y atender la diversidad, contar con un currículo flexible que responda a las diferentes necesidades, preocuparse por la actualización del personal docente, y promover la autogestión (SEP, 2006, pág. 20).

En el presente capítulo se analizan, en el discurso de los y las entrevistadas, las vicisitudes que enfrentan para el cumplimiento de esta máxima en su práctica cotidiana, así como las posibilidades de enriquecimiento psíquico que ofrece la escuela al niño con discapacidad en la relación subjetiva con los otros. El análisis se realiza a través de los comentarios de los entrevistados al referirse a las particularidades de la integración de los niños

⁶⁷ Tiene su origen en el eslogan Educación para todos, correspondiente al movimiento del mismo nombre liderado por la UNESCO, que inicia en 1990 con la *Conferencia Mundial sobre Educación Para todos*, llevada a cabo en Jomtien Tailandia.

con discapacidad en la escuela. El contenido de las entrevistas se organizó en los siguientes temas:

- a. El niño con discapacidad en el grupo regular.
- b. Adecuaciones curriculares: avatares de centrar la integración en el currículo escolar.
- c. Abordaje institucional; la paradoja el trabajo en equipo.

7.1. El niño con discapacidad en el grupo regular.

La educación es simultáneamente un proceso de socialización y de subjetivación. En la escuela prevalece una visión conservadora de la educación como sistema de significaciones que la significan y que a la vez recrea (Beltrán LLavador, 2000). Teóricamente la escuela representa para el niño un nuevo espacio de intercambios; de sustitución de placeres perdidos supone una oportunidad para la transformación y para el reposicionamiento psíquico. La escuela podría constituirse en el lugar en el que cada niño reelabora una nueva representación psíquica de sí mismo a partir de la confrontación de su propia realidad con las realidades de los otros (Schlemenson, 2000). No obstante, ¿qué posibilidades de reposicionamiento ofrece la escuela para el niño con discapacidad?

En México, a partir de la Reforma Educativa de 1993, se inició un proceso de reorientación y reorganización de los servicios de educación especial, cuyo principal propósito se centró en promover la integración educativa con el fin combatir la discriminación y el etiquetado a los niños con discapacidad que hasta entonces prevalecía en las prácticas educativas. De acuerdo al discurso institucional (SEP, 2006), esta situación se robustecía con

una intervención individualizada, vinculada a una concepción clínico-terapéutica de la atención al niño con discapacidad.

La reorientación de los servicios consistió en que la función del ahora denominado “Equipo de Apoyo” dejó de centrarse en el diagnóstico y la categorización para concentrarse en el diseño de estrategias que contribuyeran al logro del aprendizaje dentro del aula regular, como se precisa en el siguiente párrafo:

La tarea principal ya no sería atender a los alumnos por separado, en grupos integrados o en un centro específico, en turno alterno, sino brindar asesoría al profesor o profesora de la escuela regular para atenderlos al mismo tiempo que al resto del grupo (SEP, 2006, pág. 10).

¿Qué ha ocurrido con los Equipos de Apoyo después de veinte años de iniciado el proceso de reorientación de sus funciones?, ¿cómo se conjugan los propósitos de integración educativa con las posibilidades que se ofrecen al niño para posicionarse en un lugar diferente? Los entrevistados refieren modos de abordaje centrados en la individualidad del niño que varían desde la necesidad de evaluarlo en un espacio separado, hasta apoyarlo individualmente dentro del grupo. *Gina* refiere:

Por lo regular, es que depende, depende de la necesidad de cada niño; pero sí, a veces, sobre todo ahorita que estoy evaluando, pues se trabaja acá aparte, porque la evaluación es individual.

En algunos casos se puede interpretar que las tareas de apoyo se orientan hacia la custodia temporal del niño, pues entienden que la pretendida integración consiste en que el niño

esté en el grupo, atendido individualmente, con el propósito fundamental de evitar que sea etiquetado. Al respecto, *Flor especifica*:

Pues la más adecuada, ahorita, es el trabajo dentro del aula, porque así evitamos la que los niños sean etiquetados, -ah, ese es de apoyo-, o sea, así vamos y nos sentamos muy despistados, ahí con ellos, y ya saben que vamos a apoyarlos, pero ya sí los traemos acá [al salón de apoyo] es porque tiene mucho, mucho rezago educativo.

Aunque finalmente se etiqueta al niño, existe cierta conciencia de que la discapacidad no es una cuestión que tenga que ver tácitamente con el niño, sino con la forma en que se configura en la sociedad. Como especifica *Carmen*:

...incidir más en el salón, porque yo me lo puedo traer acá al más inquieto, y como estoy yo sola con él, no hay ningún problema; o sea, conmigo trabaja y conmigo lo hace, pero ya estando en el salón, ahí sí sigue teniendo la dificultad; entonces su necesidad no es conmigo en el salón de apoyo; su necesidad es en el salón regular.

El grupo, el intercambio con los otros; compañeros y maestro, constituye para el niño un espacio, una posibilidad de resignificarse en tanto la ajénidad del otro atrae, llama, permite reposicionamientos (Schlemenson, 2000). ¿Qué dicen los entrevistados sobre los intercambios del niño con discapacidad con sus semejantes: niños y maestro de grupo? En el contenido de las entrevistas se encuentra la interacción del niño mediada por el maestro de apoyo, y aparece ante el grupo como el niño diferente que hace diferentes las actividades. *Elena* refiere:

...ellos están dividiendo, están repartiendo; la división es repartir: vas a repartir tú esto y lo vas acomodar aquí. Entonces, tenemos, a veces, que usar un material didáctico; tenemos que hacer dibujitos. Pero eso implica a veces que los alumnos, el resto del

grupo, se distraiga, porque pues... ¡está usando bolitas de colores, que padre! ¡Está metiendo a los botes!

El maestro, como portador del capital cultural tiene entre sus funciones la recuperación de saberes; además, en su posición de tercero, en este intercambio simbólico entre el niño y sus iguales como regulador posibilita las individualidades y legitima la diferencia, más sólo en la medida en que logra colocarse en el lugar de referente de alteridad, lo cual daría lugar al enriquecimiento psíquico del niño (Schlemenson, 2000).

Que el maestro logre instalarse en el lugar de tercero, regulador de los intercambios, le permite al niño disminuir la ansiedad que le genera el intercambio con la diferencia del otro. No obstante, cuando un niño con discapacidad participa en el grupo, no siempre el maestro logra instalarse en ese lugar. *Ismael* comenta:

Hay maestros que no, no pueden dejar de lado ese distractor, y están: “cállate, no golpees, no hagas esto”. Que no golpee, decir cállate, se oye medio drástico, pero sí caen mucho en distraerse con los alumnos, y eso ya le quita continuidad al trabajo con los demás niños. Ahí es donde uno... sería mejor trabajar en lo individual.

En las entrevistas se identifica aún una gran resistencia para la aceptación de los niños con discapacidad en la escuela regular. Situación que los entrevistados justifican con argumentos variados; en el caso de *Hanna*, lo atribuye a falta de estructura por parte del maestro, y la opción que consideran más adecuada para el niño, cualquiera que sea su situación, es el CAM, como se indica en las normativas.

A veces que hay niños sordo-ciegos, que tienen doble discapacidad; entonces, en una escuela regular no tienen tanta estructura los maestros, no saben cómo manejarlo, y

pues van al CAM; ahí se atiende a todos los niños con todas las discapacidades que pueda haber.

El problema de lo educativo queda entonces relegado, puesto que sus manifestaciones podrían incomodar, provocando intercambios poco agradables y en ocasiones frustrantes.

Carmen refiere:

No, hay niños que sería demasiado frustrante tenerlos...hay niños que de plano no tienen las habilidades para poder entrar; por ejemplo, imagínate a un niño en cuarto que no controle esfínteres, entonces, ¿cómo lo vas a tener en una escuela regular?

Finalmente, parece que el lugar que se le ofrezca a un niño depende de las “posibilidades” del niño, este niño que es vivido como objeto, no tiene un lugar en la escuela regular *Dora* es clara en este sentido:

Escuela, ¿regular?, a la regular no, la integración no siempre es irse a una escuela regular, sino la atención más adecuada al niño, que eso se confunde. Es darle lo que el niño necesita, írtelo a poner ahí como una silla, pues como que no, no le conviene al niño, imagínate, sufre más.

Pero, ¿qué alternativa sería la más factible?, ¿cuál es el sentir? *Ismael* menciona:

...vamos por 45 o 50 minutos a los grupos, y a veces no completas, a lo mejor ampliar los horarios, eso sería bueno; pero también resulta tedioso, resultaría tedioso para los alumnos. A veces sería bueno volver a trabajar en lo individual...

La frustración cotidiana en los intentos de integración, manifestados en el discurso de los entrevistados, es un ejemplo de esa ilusión perdida que se manifiesta en el deseo de *volver*

a trabajar en individual; aún no ha sido posible desprenderse de la concepción del niño como portador de un déficit al que es necesario normalizar y adaptar a la sociedad.

Por otro lado, la remisión al CAM de los niños “para que reciban una atención más adecuada”, al margen de lo humanitario y bien intencionado que pueda parecer, no deja de remitir a los lugares de exclusión, de segregación, por antonomasia en nuestra cultura; los leprosarios y los manicomios. ¿Constituirá el acaso el CAM el nuevo espacio de exclusión?

Además, si el maestro del grupo ocupa el lugar de mediador, de quien regula la interacción entre los niños, ¿cuál es el papel simbólico del maestro de apoyo dentro del grupo? ¿Qué lugar ocupa este personaje que se sienta al lado del niño para *adaptar* los contenidos? No es un compañero, no es el maestro ¿Cómo se significa a sí mismo? Y, ¿cómo será significado para el niño? Estas interrogantes se plantean en función del tipo de acercamiento que se lee en el discurso de los entrevistados, puesto que, las opciones de intervención en la escuela regular que refieren en las entrevistas consisten en: llevarse al niño al aula de apoyo o asistir al grupo en determinados horarios para ayudarlo a adecuar los contenidos según sus posibilidades. Es decir, parece que dentro de la escuela participan de este lugar de exclusión, en tanto no refieren un real acercamiento con el maestro de grupo para dialogar sobre las opciones pedagógicas para abordar los contenidos en función del grupo, compuesto por niños en su diversidad, sino como si existiera un grupo homogéneo al que se intenta incluir a un niño considerado como diferente como solía plantearse en las primeras décadas del siglo pasado.

7.2. Adecuaciones curriculares: avatares de centrar la integración en el currículo escolar.

El encuentro con el otro posibilita el aprendizaje significativo atravesado por la subjetividad; se trata de “enriquecer y dinamizar los objetivos curriculares con la construcción de espacios

subjetivamente significativos en donde la relación con el semejante se estructure como una preocupación pedagógica” (Schlemenson, 2000, pág. 88). ¿Cómo es la relación que establecen los entrevistados con este semejante que es el niño con discapacidad?, ¿existe esta posibilidad de dinamizar los contenidos académicos en la relación maestro-alumno?

En nuestro sistema educativo, el currículo lleva un lugar central como parámetro que media la medida de las Necesidades Educativas Especiales (Jacobo Cúpich, 2012); esta preponderancia es evidente en la concepción institucional sobre el niño con necesidades educativas especiales, donde se parte de la idea de que el niño, en su relación con el resto del grupo: “enfrenta dificultades para desarrollar los contenidos” y “requiere mayores recursos para que logre los fines y objetivos curriculares” (SEP, 2006, pág. 9). Estas afirmaciones ciñen y orientan las prácticas educativas con niños con NEE en calidad de *imperativos pedagógicos* (Jacobo Cúpich, 2012). Esto se observa en la preocupación de los entrevistados por los contenidos curriculares. Al respecto, *Ismael* refiere:

No es forzosamente que los tengas que conocer, pero si llegas y la maestra está hablando de valores, pues tienes que conocer algo de Formación Cívica del grado; tienes que conocer el libro de Nuevo León, que implica geografía, que implica cosas de tu Estado, en tercer grado; y tienes que conocer geografía para 4to, 5to y 6to, o sea es muy diferente. En CAM tienes que trabajar haciendo adecuaciones para ajustar los contenidos del grado, para que accedan los niños o los conozcan, pero no necesariamente se les van a quedar, pero sí tienes que ajustar mucho los contenidos.

La preocupación central es la adecuación curricular, no obstante, ésta, en ocasiones, se limita a trabajar con los objetivos de un nivel educativo inferior. El mismo *Ismael* menciona:

...en CAM hay muchachos que no avanzan al igual año con año. En CAM a veces trabajas con libros de primer año, con libros de segundo, aunque ya estés en 5to o 6to...

Otras ocasiones, la adecuación consiste en disminuir el nivel de dificultad del contenido que el maestro del grupo está trabajando, no obstante, sin una visión pedagógica clara en función de los intereses del niño, sino centrado en los contenidos curriculares. *Flor* refiere:

Entonces, les hacemos las adecuaciones curriculares; por ejemplo, para que vean lo mismo de la escuela, pues se le baja el grado de dificultad de los contenidos del grupo de sus compañeros. Haz de cuenta que es lo mismo, pero por decir, si no sabe leer, pues si es un texto largo se lo hacemos más corto; y si es, por ejemplo, la evaluación, un examen que vienen cuatro opciones, nosotros le ponemos dos: la correcta y la incorrecta. Son tipos de adecuaciones que se les hacen...

En la experiencia de *Bertha*:

Hay que explicarle al maestro sobre la evaluación, para que haga la evaluación individual del niño. No es con el mismo examen, sino que sea con el mismo examen pero no igual que los demás, hay que considerar el esfuerzo individual del niño para resolver ese examen.

En el discurso de algunos entrevistados se identifica que se dan cuenta de cierta incongruencia entre lo que se les exige y lo que el niño demanda, más asumen que eso que requiere no es un asunto que les concierna en tanto lo remiten a lo físico. *Carmen* refiere:

Entonces, como que te vas todavía más a lo pedagógico, o sea, el CAM va más encaminado a leer, a escribir, a conductas sociales, a seguir reglas lo más parecido a

la escuela regular; y siento que en este caso, una niña como ella no es esa su necesidad. Siempre tenemos que tener muy claro qué es lo que más necesitan. En este caso, una niña como ella no necesita aprender a escribir, no necesita aprender, es una necesidad que igual, sí la tiene, pero no es su necesidad prioritaria; su necesidad prioritaria es comunicarse con un sí, con un no, sostener la cabeza, ir sosteniendo la cabeza, porque si no sostiene la cabeza entonces le falta una terapia física. Entonces, bueno, como es más de terapia física, se la pueden dar en un centro de rehabilitación.

Resulta evidente la dificultad que implica para el docente y para el profesional de apoyo la necesidad de adecuar los contenidos del currículum, en tanto éste no permite flexibilidad para dinamizar la práctica y plantear contenidos más adecuados a las necesidades educativas del niño. Jacobo Cúpich (2012), llegó a conclusiones similares en el análisis de las prácticas: manifiesta que al centrar la integración en el ajuste del currículo, el niño con discapacidad se encuentra de entrada en desventaja, esta autora enfatiza que el planteamiento de que el niño *vaya a su ritmo*⁶⁸ se convierte en un factor de concesión, no de integración.

Un aspecto en el que esta autora llama la atención, y que coincide con los objetivos de la presente investigación, es que la posición y el actuar de los docentes son manifestación de las significaciones constituidas históricamente, que los atraviesan y los trascienden; en la realización de las adecuaciones curriculares, se parte de lo conocido, lo que el discurso dominante institucional ha construido a lo largo del tiempo (Kincheloe, Steinberg, & Villavere, 2004) como lo prioritario: lo *normativo* que es lo académico.

⁶⁸ Las cursillas son más

Es evidente en las entrevistas la preocupación por el cumplimiento del currículum que a la vez se centra en lo académico. No obstante, es una preocupación un tanto vacía puesto que no cuentan con una formación que les permita un acceso más holístico en su trabajo de intervención con los niños dentro de las escuelas.

7.3. Abordaje institucional: la paradoja del trabajo en equipo.

De acuerdo al discurso institucional, una escuela integradora es aquella en la que se promueve la integración de los alumnos que presentan Necesidades Educativas Especiales con o sin discapacidad, en la cual se impulsan acciones para la eliminación de las barreras para el aprendizaje y la comunicación de los alumnos; que involucran al personal, a los docentes de educación especial y a los padres de familia o tutores. De acuerdo a las normativas, para responder a las NEE de los niños, se conforman equipos de apoyo que se integran por un director, maestro de apoyo, maestro de comunicación, psicólogo, y trabajadora social. Este equipo trabaja en forma interdisciplinaria y vinculada con el personal de la escuela, además establece contactos con instancias externas cuando es necesario (SEP, 2006).

Debido a la dinámica de trabajo propuesta, existirán casos en que, para realizar el abordaje, se involucre a toda la comunidad escolar, como sucede en el ejemplo que describe Ana, quien destaca la participación del conserje:

...se hace un plan de trabajo para la niña. En casos, a veces hasta se involucra al conserje, si es un niño que, o una niña que se sale mucho, si se sale, sabe cuál es la estrategia; o sea, hay que meterla hay que incorporarla; o que si ve que está batallando,

en este caso la niña, para ubicarse pues -¿a dónde vas hija?, ah, bueno, al baño mira por acá-. Sí, o sea, que sean apoyos de lo que se vaya requiriendo...

Este ejemplo muestra que en el trabajo con niños, principalmente con los que presentan alguna discapacidad, se requiere un ambiente de cooperación; trabajo en equipo en el que cada uno de los miembros se involucra de una o de otra manera. ¿Qué dicen los entrevistados? ¿Cuáles son las particularidades del trabajo colaborativo?

Uno de los aspectos que parece tener mayor relevancia es la función del directivo como líder, como organizador. *Elena* refiere:

Híjole, el trabajo en equipo es muuuuuy difícil cuando no se tiene muy definido nuestro sistema de trabajo, y cuando el guía... deja a cada uno de sus... miembros al libre albedrío. La forma de trabajar...por ejemplo, yo como maestra de apoyo le digo: oye trabajo social ven, oye psicóloga ven, pero no tenemos sistematizado en mi caso...

Esta experiencia nos lleva a reflexionar el papel fundamental del directivo como organizador en el intercambio de saberes entre las disciplinas y entre las personas, pues sin su concurso intencionado, sería imposible, o al menos muy difícil que todo el personal necesario se involucrara en la forma esperada.

La propuesta de trabajo en equipo que se plantea en la actualidad tiene un enfoque interdisciplinario; esta forma de abordaje en nuestro país ha sido una constante, principalmente asociado con la atención a los niños que presentaban dificultades escolares; considérese, a inicios del siglo pasado, el reporte de niños *anormales* que realizaban los docentes a los médicos de la *Inspección General de Higiene Escolar*, y la creación en 1925 del *Departamento de Psicología e Higiene Escolar*; de cuya existencia se puede inferir la participación de diferentes

profesionistas: médico, maestro de grupo y psicólogo. En el discurso de los entrevistados no se duda de la necesidad de la participación de los diferentes profesionistas en cada caso. *Hannah* refiere:

Hay maestro de comunicación; en algunas escuelas hay, en algunas escuelas no; cuando no hay, la maestra tiene que ver desde comunicación hasta la adecuación de todo lo que vayan a ver, de los programas y todo. Hay psicólogas, ellas son las que asesoran a veces a las mamás cuando el niño presenta rebeldía, cuando el niño no quiere integrarse bien al grupo, que batalla para integrarse con el mismo grupo de su salón, o que no puedan estar dentro del grupo, entonces ahí interviene la psicóloga. Hay también trabajadoras sociales que son las que se encargan de la asistencia del niño, que nunca falte, de la ropa, que el niño esté limpio, que lleve los útiles escolares; porque hay a veces que niños van sucios o que huelen mucho a sudor, que las mamás a veces no les prestan tanta atención, o que van a la escuela y nomás con una libreta y un lápiz.

En general, en el contenido de las entrevistas, los abordajes que aparecen más claramente diferenciados son los del maestro de apoyo y el de la trabajadora social; en ocasiones, quien lleva el papel central en las decisiones es el maestro de apoyo, sin embargo las decisiones se consensuan. *Dora* menciona:

...hacemos nuestras evaluaciones en forma individual, y la de apoyo hace sus evaluaciones, yo hago las mías, psicología hace sus observaciones y sus reportes, el trabajo social también; y cada quien ve su área, y a la hora de integrar todo, vemos cuál es la mayor necesidad, y de ahí apoyar al niño. El capitán ahí es el de apoyo, es el coordinador, y es el que tiene que ver lo que se va a hacer; o sea, entre todos damos

aportaciones, y tomamos a veces decisiones entre todos. Yo a veces he dicho: “no, eso no me gusta, no estoy de acuerdo”, pero si dos o tres están de acuerdo, se lleva a cabo, se hace un tipo ahí como consenso, de las acciones que se van a realizar y se ponen a cabo.

Si no se tiene claridad en la función, se lleva riesgos de no delimitar entre el trabajo del maestro y la intervención del maestro de apoyo. El ejemplo de *Flor* es claro:

...y se duerme por decir de las 7:30 a las 9:00, está dormido y si a mí no me toca ir a ese grupo, pues yo tengo que ir, o el maestro [dice] –no pues estuvo dormido toda la mañana. -¿Y, qué hizo ahí el maestro? –Nada. Ahí, nosotros [lo que hacemos] es ir a despertarlo, vamos al patio, le lavamos la cara; o sea, despertarlo para que este ahí.

El papel de la trabajadora social se encuentra más ligado a la interacción con otras instituciones; gestión de otras evaluaciones, equipo específico, otras posibilidades de atención, *Elena* refiere:

...entonces, ahí entra trabajo social, para que yo vaya a investigar a ver si puede ser que haya una beca, y que yo pueda ver si hay algo que pueda ser una ayuda económica, para que la señora pueda tomar el camión y la lleve.

Pero también se observa ligada a cuestionas relacionadas con el cuidado de sí mismo, tanto a padres como a niños. *Dora* menciona:

...la trabajadora social es la que está muy al día para[ver] hacia donde se canaliza o, si el niño no está asistiendo, va a ver por qué no está asistiendo; condiciones de si el niño vive sucio, desaseado, para ver qué pasó, por qué no viene. Va y visita a la casa;

se da cuenta que la casa es un mugrero un muladar; bueno, pues ya sabe qué señora [es], se le llama para que atienda esos aspectos, al menos a la escuela que venga limpio.

En el trabajo en equipo también participan los padres de familia. *Carmen* menciona:

Entonces, trabajo social dijo: bueno, yo le voy a buscar...lo inscribieron en el Pentatlón, para que fuera a tocar en la banda de Guerra. Entonces ahorita el niño... eso lo está canalizado allá. El papá dijo: “yo me voy a poner más firme, porque sí a veces soy muy ‘pasalón’, no respeto el castigo, entonces pues no, o sea, ya no puedo ser así”, entonces ya el papá se llevó su paquetito también. Cada uno nos pusimos a hacer lo que nos tocaba, yo siento que eso es un buen trabajo en equipo, que cada uno se responsabilice de lo que te comprometes.

Desde la normativa y en la práctica se observa la necesidad de que los padres de familia participen muy cercanamente en la situación con su hijo. Sin embargo, los entrevistados transmiten la idea de que los padres, en general no participan, y en ocasiones aparecen como quienes frenan las posibilidades del niño.

En la percepción de los entrevistados, el trabajo en equipo aún no ha sido posible en tanto para el maestro de escuela regular aún es evidente la no aceptación del niño con discapacidad y del profesionista que lo atiende. *Elena* refiere:

...hay veces que nosotros, los maestros de educación especial, para evitarnos dificultades, lo que debemos de hacer, lo que hacemos por el bien de nosotros, pero sobre todo del alumno, es mejor salirnos del grupo.

Gran parte de su desempeño se dirige a atender al maestro. *Elena* nuevamente:

...nuestra atención es para apoyar 100% al alumno, sin embargo, a los maestros también tenemos que ofrecerle el otro 50%, porque si queremos ganarnos la confianza para que nos mantengan dentro de su aula, es algo que nos tenemos que ganar y que nos cuesta, sí, porque los dueños del aula son ellos...

En ocasiones, la aceptación del especialista depende de su interacción social con la escuela, no de la necesidad ni del reconocimiento de su función, a pesar de que en relación con la estructura institucional, se reconoce la importancia de que exista organización y liderazgo para el trabajo. *Elena* menciona:

Cada vez es más; los maestros se están involucrando; el sistema nos lo está requiriendo: que es algo muy importante, si el sistema no te lo requiere, ¿qué pasa?, no pasa nada.

No obstante, existe el sentimiento de cierto avasallamiento por parte del sistema. *Dora*:

Mira, obviamente, nosotros seguimos órdenes, y más que nada Educación Básica es la que está controlando todo, porque, en este caso, decía la maestra: “es que la niña iba muy bien en un nivel de cuarto grado y pues no había mucho, físicamente no se veía muy alta, y se controlaba la niña, tenía buena conducta, hubiera hecho muy buen cuarto, ¿para qué me la pasan a sexto?, y luego, ni aquí ni allá”. Todo porque la niña salga, esas son órdenes de Educación Básica, no de Educación Especial. Ahí la cuestión es que antes se nos tomaban en cuenta las sugerencias, eran sugerencias, no eran órdenes, y ahora no, el niño sale porque sale, esté como esté, tiene que salir.

Lo institucional no solamente causa inconformidad entre los entrevistados por el aspecto administrativo, sino también porque no sienten que desde la autoridad se respete su función. Estas percepciones se reflejan en la manera como conciben la transformación de su rol esperada

en función de la *Reforma Integral de la educación básica* (RIEB) puesta en marcha en 2011.

Dora refiere:

Sí, para lo que van a hacer, sí; sí hagan la Reforma, pero hasta aquí. Lo que les da resultado y se están poniendo ellos de acuerdo, para mí eso no funcio...no es hone... no es, por decir, van a ver resultados, y van a decir: ¡Ah, es que la Reforma sí funciona! Se supone que la Reforma se aplicó a ciertas escuelas y ahí sí funcionó, y que todo eso está maravilloso y que debe funcionar en todas las escuela. Se me hace medio difícil, y menos si la llevan a mochadas: esto sí, esto no, esto quién sabe, esto después, esto sí, los proyectos, en algunos sí los hacemos, en otros no los hacemos...y yo digo, esto es un caos, y todavía me van a echar a mí [la culpa] porque no dan resultados...

Carmen, por su parte, menciona:

...diplomado en la RIEB, que a pesar de que no soy maestra regular, sí es bien importante que los maestros de apoyo estemos así, como que bien empapados de la Reforma, porque el maestro regular la maneja, [pero] nosotros, como especialistas, pues tenemos que tener un poquito más de conocimiento, porque luego se acercan a preguntarte: ¿qué estrategias, o qué hago, cómo le hacemos con este o qué actividad le ponemos?

La RIEB constituye una nueva Reforma a la Educación Básica, puesta en marcha en el año 2011. El rasgo distintivo, en relación con Reformas previas, es que los niveles de preescolar, primaria y secundaria se organizan en un solo bloque, para dar lugar a la educación básica articulada. En lo concerniente a educación especial, lo significativo es que administrativamente pasa a ser parte del esquema de educación básica, pero además, trae consigo cambios en la

intervención. Algo que llama poderosamente la atención en el contenido de las entrevistas, es que refieran que están recibiendo capacitación relacionada con la escuela regular, pero no les queda claro cuáles son los cambios que se proponen para los servicios de educación especial.

En relación con esta nueva Reforma, el contenido del discurso de los entrevistados deja ver situaciones conocidas y vividas en las Reformas anteriores; cambios propuestos desde la administración, programados para implementarse masivamente, donde el profesional que está en contacto con los niños es quién queda marginado de los movimientos que promueven los cambios. Cambios que son propuestos sin tener en cuenta la experiencia de los profesores que son quienes están en contacto directo con los niños y que conocen sus posibilidades y circunstancias.

Con lo abordado en este capítulo se evidencian las vicisitudes de la intervención psicopedagógica en la institución. El discurso de los entrevistados muestra claramente que la llamada integración, y la propuesta de inclusión se han planteado como discursos desde la administración; son propuestas que hasta hoy no ha generado las condiciones para que se rompa con las visiones del pasado.

Los intentos propuestos desde la Reforma del 93, a pesar de los discursos que intentan plantear una propuesta educativa que atienda a los niños en su diversidad no han podido proyectar una estrategia pedagógica clara que permita a los profesionales situarse en el lugar de la educación con las vicisitudes que conlleva la conciencia de una sociedad plural.

Los profesionales al no encontrar propuestas claras actuales se adhieren a las visiones que aún ostentan el poder como el saber médico y la psicología científica. Lo cual lleva a reflexionar que para el logro de una sociedad en la que el maestro tenga posibilidad de acceder

a su trabajo con cada niño, buscando los referentes en su propia experiencia, que lo lleven a plantearse interrogantes en esta interacción con un sujeto que le provoca una amalgama de sentimientos que le permitirían reconocer que él también provoca sentimientos en el niño. Tal vez si esto ocurriera, las rabietas, los actos agresivos, la falta de deseo que refieren los entrevistados en relación con los niños, disminuirían considerablemente puesto que el niño se sentiría escuchado desde otro lugar. Desde su lugar como sujeto.

CONSIDERACIONES FINALES.

De acuerdo a Foucault (1969/2010), en cada momento cultural se constituyen discursos en función de la conformación de la sociedad, las prácticas sociales, condiciones de vida, saberes, creencias, acontecimientos de tipo económico o político, etc. Este autor, precisa que analizar la historia en los diferentes momentos permite identificar en retrospectiva como se conforma una unidad discursiva; esta se discrimina a través de analizar las relaciones entre las prácticas discursivas y no discursivas en cada momento de la historia y a analizar las conexiones entre ellos en torno a un objeto; las primeras pueden ser; teorías, creencias, reflexiones, etc., las segundas; prácticas sociales, institucionales, etc. Sin embargo advierte que el objeto no está claramente diferenciado; en ocasiones puede ser cambiante, indefinido o yuxtapuesto con otros.

A través de la historia revisada en los capítulos 2 y 3, se analizaron las condiciones de emergencia de un discurso sobre el objeto “discapacidad” en nuestra cultura, así como la constitución de un discurso de la “Educación Especial” como práctica en México. En el capítulo dos se identificó que la persona con discapacidad al inicio de nuestra cultura fue objeto de prácticas de exclusión, amalgamado entre otras figuras como el pobre, el alienado o el enfermo.

Es hasta la segunda mitad del siglo XIX cuando se encuentra un discurso sobre discapacidad aunque aún amalgamado entre las enfermedades psiquiátricas. En Pinel y Esquirol se encontraron elementos de diferenciación de un discurso sobre discapacidad. En Itard se encontraron los inicios de una práctica.

En el capítulo tres, se analizaron los modelos y las visiones que han constituido la práctica de Educación Especial en México, en esta revisión se encontró que en nuestro país como en nuestra cultura el discurso sobre discapacidad y las prácticas educativas con niños con discapacidad se ha constituido desde el saber y la práctica médica asociada al saber de la psicología diferencial a inicios del siglo XX, y del movimiento de higiene mental a mediados del mismo. Con la influencia de estos saberes se crearon en nuestro país diversidad de servicios hasta antes de la creación de la DGEE.

En el discurso relacionado con la creación de la DGEE se identifica una visión social adaptativa. En los primeros años de la creación de esta instancia se intentó implementar una visión psicogenética en forma masiva, sin embargo, los niños con discapacidad quedaban excluidos de este abordaje. Los servicios dirigidos a ellos en esta época fueron los que habían sido creados en décadas anteriores. Por lo tanto, se puede decir que prevaleció la visión médica, relacionada con la psicología diferencial e higiene mental.

En la historia no se encuentran elementos que permitan pensar que existía otra visión, y el discurso que emerge de la argumentación de las propuestas de la Reforma educativa del 93 en relación con la Integración Educativa lo confirman, al enunciar que se pretende cambiar las concepciones que segregaban al niño de la escuela y erradicar lo que en el discurso llamaban visión clínico-terapéutica. La estrategia implementada a través de esta Reforma, consistió en

reorganizar los servicios existentes para crear servicios enfocados a lo educativo, así nacieron los servicios indispensables (CAM) y los servicios complementarios (USAER).

No obstante, todo quedó en buenas intenciones, en 2002 al crear el PNFEIE se reconoce que la integración no se ha logrado y aún más, que las prácticas tradicionales predominan ¿qué significan estas afirmaciones para los fines de esta investigación? Que las visiones provenientes del discurso médico y de la psicología diferencial y vamos a decir experimental aún prevalecen.

A través del PNEIE se plantearon nuevas estrategias, y en 2006 se publican las *Orientaciones Generales para el Funcionamiento de los Servicios de Educación Especial*, documento normativo en el que precisan los objetivos y las funciones de los servicios de Educación Especial en México, en el que se plantea un plan de acción para la intervención educativa en pro de la integración de los niños con discapacidad a las escuelas. Documento que dicho sea de paso, es ambiguo⁶⁹ en lo que concierne tanto al perfil del niño al que van dirigidos los servicios de Educación Especial y en la estrategia de diagnóstico “la evaluación psicopedagógica” y la de intervención. Mientras se afirma que los servicios de Educación Especial son dirigidos a los niños con discapacidad, en la definición se deja abierta la posibilidad de abordar a niños sin discapacidad. Con el diagnóstico psicopedagógico ocurre algo similar, se deja la posibilidad de que se envíe al niño a otras valoraciones, lo cual es válido, sin embargo la opción se presta para que se recurra de manera sistemática a los recursos ya conocidas como se observó en el discurso de los participantes en esta investigación, que recurren al diagnóstico médico y a la observación de la conducta del niño como recursos prioritarios.

⁶⁹ Un análisis más amplio en torno a esta afirmación se realiza en Ruiz Saldaña & Casarini Ratto (2011).

¿Qué consecuencias tiene esta ambigüedad? Sin duda, se puede hablar de infinidad de consecuencias, en lo que concierne a esta investigación, el discurso de los entrevistados permite ver que al no existir un discurso claro en torno al sujeto al que se van a dirigir y la estrategia metodológica de intervención, se sujetan a los saberes ya conocidos, a los discursos que para ellos son los más claros, los que les proporcionan un lugar seguro, en este caso, el discurso médico y la psicología llamada científica. En conclusión, los saberes que apoyan la práctica de los profesionistas entrevistados proviene de visiones Médico reparadora, normalizadora asistencialista, y social- ambientalista. Visiones cuyos discursos se ubican en las prácticas y discursos hasta aproximadamente la década de los años setenta del siglo pasado.

Sin embargo, de acuerdo a la historia revisada, en esta misma época estos mismos discursos empezaban a ser cuestionados, el discurso que conforma la visión social intentaba dar sus primeros frutos, y hoy en nuestra cultura es muy claro el discurso en favor de la inclusión - con el que por cierto, no estoy de acuerdo, puesto que este significante remite al significante exclusión, “lo que se pone fuera”, lo exterior. Mi pregunta sobre esto es ¿Por qué hablar de inclusión en relación con un niño?, ¿por qué no simplemente es visto como un niño?

De acuerdo a lo desarrollado aquí, y en función de lo que he visto y leído durante el desarrollo de este trabajo, me queda la idea de que pareciera que en nuestro país, hasta aproximadamente los años ochenta existía cierto cuestionamiento a lo establecido, y deseo de promover el sentido humano de la existencia. Sin embargo, a partir de los años noventa, todo aparece como opacado y los individuos parecen automatizados. Esta es una interpretación personal.

En relación con lo que me parece que se quedó detenido en los años ochenta, y lo que planteo en la introducción en relación con la permanencia del programa Unidades de Asesoría Psicopedagógica (UAP), que fue uno de los programas creados para prevenir la reprobación y la deserción escolar en la misma época que se crearon los Grupos Integrados. En algunos he justificado su permanencia como respuesta a una necesidad social, pero hoy a la luz de los análisis realizados, pienso que en cierto sentido sí tiene que ver con una necesidad social, pero la de que la educación cambie: ya no es posible que se ofrezca un mismo currículo, en el que no se toma en cuenta la pluralidad de ideas, de formas de pensar y de vida.

Ya no es posible abordar diversidad, y proporcionar educación a los niños con maestros mal preparados, distantes de los niños. Necesitamos maestros que no tengan miedo a acercarse al niño en su singularidad y en su humanidad.

¿Cómo se podrá lograr que el maestro se acerque al niño en su singularidad si está atravesado por esta multiplicidad de saberes que conforman una barrera entre él y el niño?

Sin duda es una tarea difícil, puesto que los saberes que conforman su visión provienen de discursos con una larga permanencia en nuestra cultura. Sin embargo, como dice Foucault, las formaciones discursivas se construyen en los saberes y las prácticas discursivas y no discursivas en cada época y cada momento histórico. Por lo tanto, uno de los aportes de esta tesis será poner en circulación el discurso sobre lo subjetivo, lo inconsciente, lo humano, el deseo. Con el deseo de que alcance a quienes trabajan con seres humanos, principalmente con niños.

BIBLIOGRAFÍA

Aguado Díaz, A. L. (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela libre editorial fundación once.

Antinori, D. M. (1985). *Las clases populares y la escuela: una interacción contradictoria*. Tesis de Maestría, Facultad de Filosofía y Letras, U.A.N.L., División de Estudios Superiores, Monterrey.

Arce Garza, F. (2006). En busca de una educación revolucionaria:1924-1934. En J. Z. Vázquez, D. Tanck de Estrada , A. Staples, & F. Arce Garza, *Ensayos sobre historia de la educación en México* (2° edición, 2° reimpresión ed.). México: El Colegio de México, A.C.

Avanzini, G. (2000). *La pedagogía hoy* (Primera reimpresión ed.). México: CFE.

Balcázar Nava, P., González, N. I., López-Fuentes, A., Gurrola Peña, G. M., & Moisés Chimal, A. (2005). *Investigación cualitativa* (Primera ed.). Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.

Barnes, C. (1996). Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental. En L. Barton, *Discapacidad y sociedad* (págs. 59-76). Madrid: Morata.

Beltrán LLavador, F. (2000). Las instituciones en el cruce de caminos. En G. Frigerio, M. Poggi, & M. Giannoni, *Políticas, instituciones y actores en educación* (Segunda ed., págs. 75-84). buenos Aires: Ediciones Nuevas Educativas.

Bisquerra Alzina, R. (2009). *Metodología de la Investigación Educativa* (Segunda ed.). Madrid: La Muralla.

Bisquerra, R. (1996). *Orígenes y desarrollo de la Orientación Psicopedagógica*. Madrid: Narcea.

- Bolaños Martínez, R. (2010). Orígenes de la Educación Pública en México. En F. Solana, R. Cardiel Reyes, & R. Bolaños Martínez, *Historia de la educación pública en México (1876-1976)* (2º, 4º reimp ed.). México: CFE.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in Psychology. (B. U. England, Ed.) *Qualitative Research in Psychology*(3 (2)), 77-101.
- Brogna, P. (2009). Las representaciones de la discapacidad: La vigencia del pasado en las estructuras sociales presentes. En P. Brogna, *Visiones y revisiones de la discapacidad*. (págs. 157-187). México: FCE.
- Brogna, P. C. (2006). *La discapacidad : ¿una obra escrita por los actores de reparto? el paradigma social de la discapacidad : realidad o utopia en el nuevo escenario latinoamericano*. Recuperado el 20 de Marzo de 2013, de TESIS DIGITALES. Tesis del sistema biblioticaio de la UNAM: <http://132.248.9.195/pd2007/0613585/Index.html>Texto completo.
- Davis, L. (2009). Cómo se construye la normalidad. La curva de bell, la novela y la invención del cuerpo discapacitado en el siglo XIX. En P. Brogna, *Visiones y revisiones de la discapacidad* (págs. 188-211). México: FCE.
- Di Nasso, P. (2004). *Mirada historica de la discapacidad*. Recuperado el 30 de Julio de 2013, de Fundació Càtedra Iberoamericana: http://fci.uib.es/Servicios/libros/articulos/di_nasso/
- Duranti, A. (2000). *Antropología lingüística*. Madrid: Cambridge University, Press.
- Echeita, G. (2007). *Educación para la inclusión o edducación sin exclusiones* (Segunda ed.). Madrid: Narcea.
- Eusse Castro, E. (2007). *Educación física y discapacidad. Prácticas corporales inclusivas*. Medellín, Colombia: Funámbulos Editores.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Foucault, M. (1964/1998). *Historia de la locura en la época clásica* (Vol. 1). México, D.F.: FCE.
- Foucault, M. (1966/1969). *Las palabras y las cosas*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1969/2010). *La arqueología del saber* (Segunda ed.). México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1974/1975, 2002). *Los anormales* (2º ed. 1º reimp. ed.). México: FCE.
- Foucault, M. (1975/2009). *Vigilar y Castigar*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1976/1981). *Historia de la sexualidad. 1. la voluntad de saber* (séptima ed.). México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2010). *La arqueología del saber* (Segunda ed.). México: Siglo XXI.

- Furlán, A. (2007). Proemio. *Sujeto, educación especial e integración.*, xiii-xiv.
- Garrabé, J. (1995). *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia.* (Primera edición en español ed.). México: CFE.
- Gudiño Ochoa, G. (2007). La integración educativa en el discurso de la institución oficial. En Z. Jacobo Cúpich, & M. Villa Vargas, *Sujeto, educación especial e integración* (págs. 29-48). México: UNAM FES Iztacala.
- Jacobo Cúpich, Z. (2012). *Las paradojas de la integración/exclusión en las prácticas educativas. Efectos de discriminación o lazo social.* Argentina: Noveduc.
- Jacobo Cúpich, Z., & Campos Bedolla, M. (Diciembre de 2008). Discapacidad y subjetividad: algunas implicaciones en el ámbito educativo. (U. d. Fortaleza, Ed.) *Mal-estar e Subjetividade*, VIII(4), 885-909. Recuperado el 12 de Julio de 2013, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27111861003>
- Jacobo Cúpich, Z., & Villa Vargas, M. A. (2007). *Sujeto, educación especial e integración*, xv-xx.
- Jacobo, Z. (2010). *La Discapacidad como una figura de Discriminación en la Modernidad. De la Historia a las Prácticas vigentes.* para obtener el grado de Doctor en Pedagogía, UNAM .
- Kincheloe, J., Steinberg, S., & Villavere, L. (2004). *Repensar la Inteligencia.* Madrid: Morata.
- Lacan, J. (1960-1961(2003)). *El seminario. La transferencia. Libro 8.* Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1962-1963). *El seminario de Jacques Lacan, Libro 10. La angustia.*
- Larroyo, F. (1976). *Historia comparada de la educación en México* (Undécima ed.). México: Porrúa.
- Lucca Irizarry, N., & Berríos Rivera, R. (2003). *Investigación Cualitativa en Educación y Ciencias Sociales.* Puerto rico: Publicaciones Puertorriqueñas, Inc.
- Mannoni, M. (1967/2004). *El niño, su "enfermedad" y los otros.* Buenos Aires: Nueva Visión.
- Mieles Barrera, M. D., Graciela, T., & Alvarado Salgado, S. V. (19 de julio-diciembre de 2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas humanistica*(74), 195-226. Recuperado el 3 de julio de 2013, de Universitas Humanistica.Revista de antropología y sociología.: http://universitas-humanistica.javeriana.edu.co/imagenes/revista/0b7_UH%2074%20Espacio%20a.%204.pdf
- Miranda, J. C. (2013 de Agosto de 2013). Políticas para la infancia no garantizan en etapa inicial de vida: Cepal. *La Jornada.* Recuperado el 6 de Agosto de 2013, de <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2013/08/06/121548046-politicas-para-la-infancia-no-garantizan-atencion-en-etapa-inicial-de-vida-cepal>

- Neiman, G., & Quaranta, G. (2006). Los estudios de caso en la investigación sociológica. En I. Vasilachis de Gialdino, *Estrategias de Investigación cualitativa* (págs. 213-237). Barcelona: Gedisa.
- Patton, M. Q. (1990). *Purposeful sampling. Qualitative evaluation and research methods*. (P. E. González Rivera, Trad.) Newbury Park: Sage.
- Pérez de Lara, N. (1998). *La capacidad de ser sujeto. Más allá de las técnicas en educación especial*. (Primera ed.). Barcelona: LAERTES.
- Pérez Soto, C. (2009). *Sobre la condición social de la psicología* (Segunda ed.). Santiago, Chile: LOM Ediciones .
- Pérgola, F., & Sanguinetti, F. (1998). *Historia del hospital de clínicas*. Ediciones Argentinas.
- Planella, J. (2006). *Los Hijos de Zotikos. Una antropología de la educación social*. Valencia: Nau Llibres-Ediciones Culturales Valencianes, S.A.
- Planella Ribera, J. (2009). *Ser educador. Entre Pedagogía y Nomadismo*. Barcelona: UOC.
- Ramos Feijóo, C. (2008). Reflexiones sobre la integración social de las personas con discapacidad. En C. Penalava, & C. Ramos, *La construcción de la paz. Propuestas multidisciplinares*. Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- Rangel Guerra, A. (1997). *La Educación en Nuevo León 1957-1997. Estado del Arte*. Monterrey, Nuevo León: Gobierno del Estado de Nuevo León, Secretaría de Educación.
- Rubio Jurado, F. (19 de Junio de 2009). *Revista digital innovación y experiencias educativas*. Recuperado el 22 de mayo de 2013, de http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_19/FRANCISCO_RUBIO_JURADO02.pdf
- Ruiz Saldaña, L., & Casarini Ratto, M. B. (Enero-diciembre de 2011). ¿El cambio educativo alcanza a los niños? (C. d. Humanísticos, Ed.) *Humanitas*, II(38), 131-152.
- Rujas Martínez-Novillo, J. (26 de Enero de 2010). Genealogía y Discurso. De Nietzsche a Foucault. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 26 No.2, 105-119. Recuperado el 5 de julio de 2013, de <http://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/view/NOMA1010240105A/25864>
- Rujas Martinez-Novillo, J. (2010.2). *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*. Recuperado el 30 de enero de 2013, de <http://www.ucm.es/info/nomadas/26/javierrujas.pdf>
- Sánchez Asín, A. (1997). *Intervención Psicopedagógica en Educación Especial. (Téxtos docentes:107)*. Barcelona: Ediciones de la Universidad de Barcelona.

- Sánchez Escobedo, P. (. (2003). *Aprendizaje y Desarrollo. La investigación Educativa en México 1992-2002*. D.F., México: COMIE.
- Sánchez Palomino, A., & Torres González, J. A. (2009). *Educación Especial. Centros educativos y profesores ante la diversidad*. Madrid: Pirámide.
- Schlemenson, S. (2000). Subjetividad y escuela. En G. Frigerio, M. Poggi, & M. Giannoni, *Políticas institucionales y actores en educación* (Segunda ed., págs. 85-90). Buenos Aires: Ediciones Nuevas Educativas.
- SEP. (1992). *Acuerdo Nacional para la Modernización de la educación básica*. SSEP, Cd. de México.
- SEP. (2002). *Programa Nacional de fortalecimiento de la educación especial y de la integración educativa*. SEP, D.F.
- SEP. (2006). *Orientaciones generales para el funcionamiento de los servicios de educación especial*. SEP, D.F.
- SEP. (2010). *Memorias y actualidad en la Educación Especial en México*. México. Obtenido de <http://educacionespecial.sepdf.gob.mx/historia/docs/HistEduEspWeb.pdf>
- SEP. (2011). *Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial. CAM y USAER*. Obtenido de http://educacionespecial.sepdf.gob.mx/documentos/masee_2011_web.pdf
- Skliar, C. (2012). Prólogo. En Z. Jacobo Cúpich, *Las paradojas de la integración/exclusión en las prácticas educativas: efectos de discriminación o lazo social* (págs. 11-17). Buenos Aires: Noveduc.
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de casos* (Primera reimpresión ed.). Madrid, España: Morata.
- Staples, A. (2006). En J. Z. Vázquez, D. Tanck de Estrada, A. Staples, & F. Arce Garza, *Ensayos sobre la historia de la educación en México* (2° edición, 2° reimpresión ed.). México: El Colegio de México, A.C.
- Tanck de Estrada, D. (2006). Tensión en la Torre de Marfil. La educación en la segunda mitad del siglo XVIII mexicano. En J. Z. Vázquez, D. Tanck de Estrada, A. Staples, & F. Arce Garza, *Ensayos sobre historia de la educación en México* (2° edición, 2° reimpresión ed.). México, México: El Colegio de México, A.C.
- Thomas, G., & Loxley, A. (2007). *Deconstrucción de la educación especial y construcción de la inclusiva*. Madrid: La MURalla.
- Vázquez, J. Z. (2006). El pensamiento renacentista español y los orígenes de la educación novohispana. En J. Z. Vázquez, D. Tanck de Estrada, A. Staples, & F. Arce Garza, *Ensayos sobre*

la historia de la educación en México (2° reimp ed., págs. 11-25). El Colegio de México, Centro de Estudios.

Vega Muytoy, M. I. (7-11 de Noviembre de 2011). *XI congreso Nacional de Investigación Educativa*. Recuperado el 3 de Julio de 2013, de 9. Historia e Historiografía de La Educación/Ponencia: http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v11/docs/area_09/2434.pdf

Verdugo Alonso, M. (1994). El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR. *Siglo Cero*, 5-24. Recuperado el 8 de julio de 2013, de http://sid.usal.es/idocs/F8/ART4099/verdugo_AAMR_92.pdf

Verdugo Alonso, M., & Gutiérrez Bermejo, B. (2011). *Discapacidad intelectual. Adaptación social y problemas del comportamiento*. Madrid: Pirámide.

Verdugo, M. A. (2009). Prólogo. En P. Brogna, *Visiones y revisiones de la Discapacidad* (págs. 11-14). México: FCE.

ANEXOS

ANEXO 1. CUADRO. MODELOS (Aguado Díaz) y VISIONES (Broгна)

MODELOS	ÉPOCAS	VISIONES
Modelo demonológico	Desde la Prehistoria al Renacimiento	Visión exterminio-aniquilamiento.
Modelo organicista	Del renacimiento a finales del siglo XIX	Visión caritativo-represiva.
Modelo psicologista	De la segunda mitad del siglo XIX a los años sesenta del XX	Visiones médico-reparadora y Normalizadora-asistencialista.
Modelo socio-ambiental	Década de los años sesenta	Visión social-ambientalista.
Modelo Bio-Psico-Social	Década de los años setenta.	Visión social-influida por el saber médico
Modelo social	De los años ochenta hasta la actualidad	Visión social.

ANEXO 2. LÍNEA DEL TIEMPO: Discursos y prácticas que han configurado el discurso actual sobre “discapacidad” y su relación con la educación

Modelo Demonológico. Visión exterminio aniquilante.					
PERIODO	SABERES ⁷⁰	CREENCIAS ⁷¹	PRÁCTICAS	ACTITUD	EDUCACIÓN
PREHIST.	Ante las enfermedades se recurre a medicina rudimentaria: prótesis rudimentarias, trepanaciones de cráneo.	En poderes sobrenaturales.		Resignación	
GRECIA	Se abordaba la sordera y la ceguera. Hipócrates descubre el carácter no sagrado de la epilepsia.		Exterminio o abandono		
ROMA	Aurelio Cornelio Celso (25 a. C. - 50 d. C.) utiliza el término <i>imbecillis</i> para referirse a una astenia general o cualquier forma de debilidad. Galeno (129-199) describe los huesos craneales e identifica una causa de afasia, En el mundo árabe: Avicena (908-1037), propuso tratamientos para la meningitis e hidrocefalia.		Infanticidio Mendicidad Esclavismo	Depreciación social	

⁷⁰ Los saberes a los que me refiero en esta columna son principalmente a los saberes médicos que en cada época se generan y que en retrospectiva se puede identificar que constituyen un discurso sobre lo que actualmente se identifica como discapacidad.

⁷¹ En las columnas CREENCIAS, PRÁCTICAS, ACTITUD Y EDUCACIÓN se refieren al discurso en cada época en relación con el “sujeto con discapacidad”

EDAD MEDIA	Se detiene el avance en el saber médico.	Máximo poder de la iglesia y expresión de la demonología: empíricos, curanderos, adivinos y magos.	Mendicidad, esclavismo. Caridad o castigo a enfermos pobres y vagabundos.	Considerados hijos del pecado y del demonio. Susceptibilidad a ser condenados por la inquisición.	En 685, primer ensayo para la educación de sordomudos por Juan de Beverley.
RENACIMIENTO	<p>Juan Luis Vives (1492-1540) a inicios del siglo XVI destacaba la importancia de la evaluación con fines de pronóstico y tratamiento.</p> <p>Paracelso (1493-1541) descubrió que el cretinismo estaba asociado a deficiencia mental, y en su <i>De generatione stultorum</i> relacionó la deficiencia con la enfermedad mental.</p> <p>Girolamo Cardano (1501-1576) plantea la posibilidad de la comunicación por medio de signos manuales entre las personas con sordera.</p> <p>Se descubre el laberinto óseo por Gabriell Falloppio (1523-1562).</p> <p>Bartolomeo Eustachi (1524-1574), descubre la Trompa de Eustaquio y el tímpano.</p> <p>Félix Platter (1536-1614), enunció una primera clasificación de las enfermedades mentales desde un punto de vista anatómico.</p> <p>Avance en cirugía general y ortopédica.</p>	Persistían las creencias que las asociaban con lo demoníaco.	Primeros intentos del Estado para proporcionar asistencia a los pobres. Primeros sanatorios mentales.	Depreciación social. Objeto de caridad y castigo.	Juan Luis Vives, aboga por la educación y trabajo adecuado. Ponce de León (1520-1589), intenta la educación para personas con sordera y con ceguera.
Modelo Organicista. Visión caritativo-represiva.					
	SABERES	CREENCIAS	PRÁCTICAS	ACTITUD	EDUCACIÓN

SIGLOS XVIII-XIX	<p>Philippe Pinel (1745-1826), en 1801 publicó el, <i>Traité médical-philosophique sur l'aliénation mentale</i> en el que realizó la primera clasificación de las enfermedades mentales; diferenció entre formas congénitas y adquiridas e identificó niveles de funcionamiento intelectual, con esto sentó las bases para separar <i>demencia e idiocia</i>.</p> <p>Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772-1840), en <i>Enfermedades mentales: tratado de la locura</i>, realizó una separación conceptual de la deficiencia mental (amencia; ausencia de la mente) del terreno de la enfermedad mental (demencia; pérdida de la mente), para este autor el retraso mental es un déficit intelectual constatable de origen orgánico e incurable, se trataría de un estado de agenesia intelectual.</p> <p>Adolphe Quetelet (1796-1847) crea el concepto del hombre medio.</p> <p>Deficiencia mental asociada con la criminalidad; teoría del <i>imbécil moral</i> descrita por I.Ray en 1831 en <i>A Treatise on the Medical Jurisprudence of Insanity</i> asociada a la frenología.</p>	Controversia entre las creencias religiosas y la racionalidad científica.	Abandono; mendicidad, asilo, hospicio, correccional o cárcel.	Repulsión, rechazo, ignorancia.	<p>En educación general: Rousseau, Pestalozzi y Fröbel.</p> <p>Itard (1774-1838) intenta educar a Victor.</p> <p>Seguin (1812-1880) creó técnicas pedagógicas con niños con deficiencia.</p>
	Modelo Psicologista. Visión médico-reparadora y Normalizadora asistencialista (segunda mitad del XIX- hasta 60s)				
	SABERES	CREENCIAS	PRÁCTICAS	ACTITUD	EDUCACIÓN
	<p>William Wetherspoon Ireland (1832-1909) relaciona traumatismos perinatales, factores hereditarios y ambientales con deficiencia mental.</p> <p>Nacimiento de la Psicología Clínica con Wilhelm Wundt (1832-1929) y los estudios diferenciales individuales.</p>	<p>Se le otorga poder social al saber médico. Se aborda la deficiencia desde la perspectiva de</p>	<p>Se alcanza mayor participación del Estado.</p>	<p>El fantasma de la hereditabilidad cobra fuerza a inicios del siglo XX con la</p>	<p>En Francia el 28 de marzo de 1882 se promulgó la ley sobre la escuela obliga-</p>

	<p>Lightner Witmer (1857-1956) trata a un niño con dificultades para la ortografía en 1896.</p> <p>El criminólogo italiano Cesare Ezechio Marco Lombroso (1835-1909), impulsa la antropología criminal asociada con deficiencia mental.</p> <p>Freud publica <i>La interpretación de los sueños</i> (1900) y, <i>Tres ensayos de teoría sexual</i> (1905).</p> <p>Alfred Binet (1857-1911) y Theodore Simon (1873-1962) elaboran la primera escala métrica de inteligencia Binet-Simon. Binet .</p> <p>William Stern (1871-1838) en 1912 propone el Cociente Intelectual (CI).</p> <p>1933 - 1950 Aplicación de shock hipoglicémico o cura de Sakel, creado y utilizado por Manfred Sakel como medio para la cura de la esquizofrenia</p> <p>50s. La lobotomía alcanzó gran éxito en EEUU.</p> <p>Posguerra: El movimiento norteamericano de higiene mental impulsa la importancia del desarrollo emocional y social a la vez que cuestiona el excesivo peso concedido a la inteligencia.</p>	<p><i>enfermedad y curación,</i> sin embargo, aún es considerada como <i>irrecuperable</i></p>		<p>alarma eugenésica.</p>	<p>toria. , Se crean instituciones asistenciales en las que se armoniza tratamiento médico con educación.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Modelo Socioambiental. Visión social-ambientalista (60s)

	SABERES	CREENCIAS	PRÁCTICAS	ACTITUD	EDUCACIÓN
	<p>Predomina una visión social fuertemente matizada por ideas relacionadas con la influencia del ambiente en torno a la discapacidad .</p> <p>Cuestionamiento a la psiquiatría, la psicología y al psicodiagnóstico.</p> <p>Surge la psicología de la rehabilitación y la psicología comunitaria.</p>	<p>Se empieza abordar lo social desde una perspectiva individualista-ambientalista.</p>	<p>Se plantea la desinstitucionalización y la reinserción en la comunidad</p>	<p>Mayor interés por los niños. Se empiezan a escuchar las voces de los</p>	<p>Aparecen escuelas especiales. Se estimula la multiplicación</p>

	El sujeto y “su salud física, psíquica y su educación” empiezan a ser analizado desde un enfoque <i>multiprofesional</i> .		dad de las personas diagnosticadas con enfermedades psiquiátricas.	activistas sociales en favor de los derechos humanos y civiles, el derecho a asistencia ocupa un lugar preponderante.	de centros de atención a niños con discapacidad. Diversidad de enfoques.; se fundan comunidades terapéuticas, hospitales de día y centros de salud mental.
Modelo Bio-psico-social. Visión social influida por el saber médico (70s)					
	SABERES	CREENCIAS	PRÁCTICAS	ACTITUD	EDUCACIÓN
	<p>Recupera cierto protagonismo el aspecto biológico, a raíz de los avances en las ciencias biomédicas; el descubrimiento del número de cromosomas en la especie humana en 1955 por Tijo y Levan crea una mayor expectativa en los saberes de la medicina.</p> <p>La visión multicausal de la discapacidad obliga a un diálogo multiprofesional en su atención.</p> <p>Visión social; en países como Gran Bretaña y Estados Unidos investigadores como Len Barton, Colin Barnes, Mike Oliver y Tom Shakespeare, empiezan a generar un cuerpo teórico propio; los <i>disability studies</i>, estudios que</p>	Se le otorga nuevo poder al saber médico.		Discapacidad como algo que le afecta al individuo que la <i>padece</i> .	

	conciben la discapacidad como construcción social.				
Modelo social. Visión social (80s)					
	SABERES	CREENCIAS	PRÁCTICAS	ACTITUD	EDUCACIÓN
	<p>Modelo social de la discapacidad; se concibe a la persona con discapacidad como sujeto, esencialmente “sujeto de derecho”.</p> <p>El concepto Modelo social de la incapacidad fue introducido por Mike Oliver en 1983, como articulador de análisis desde diferentes disciplinas, en este modelo descentra la mirada de la persona para situarse en las barreras construidas en los contextos, donde se acentúan las limitaciones y las convierten en discapacidad.</p> <p>Expansión del principio de normalización hacia todas las personas con discapacidad.</p>		<p>Proliferación de centros y servicios como continuación del movimiento preventivo y de la desinstitucionalización</p>	<p>El centro de interés está puesto no en la persona con discapacidad, sino en las circunstancias del entorno social, político económico.</p>	<p>Se ponen en práctica programas diseñados para problemas comunes a sujetos con diferentes discapacidades</p> <p>Informe Warnock .</p>
90s	<p>1990 Conferencia Mundial sobre Educación para Todos “Satisfacción de necesidades básicas de Aprendizaje”, Jomtiem Tailandia.</p> <p>1994. Declaración de Salamanca de Principios, Política para las Necesidades Educativas Especiales, se apuesta por un cambio más radical y complejo: “La educación inclusiva”</p>				
Inicios del siglo XXI	<p>Abril de 2000, en Dakar, Senegal, el marco del Foro Mundial sobre Educación convocado por la UNESCO, se puso de manifiesto la pobreza, la desigualdad y la exclusión como constantes en los países miembros.</p> <p>Índice de Inclusión (Tony Booth y Mel Ainscow), editado por la UNESCO.</p> <p>13 de diciembre de 2006, se aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad es un tratado en el que se recogen tanto sus derechos humanos como la obligación de los Estados de promover, asegurar y proteger esos derechos.</p>				

ANEXO 3. LÍNEA DEL TIEMPO. Visiones que configuran el discurso de la Educación Especial en México.

PRIMERA ETAPA: Desde el siglo XIX hasta la creación de la DGEE.	
Modelo organi- cista: visión caritativo represiva.	<p>1850. Fundación del asilo para jóvenes delincuentes Tecpan de Santiago. Después se convirtió en el Colegio Correccional de Santiago.</p> <p>1866. Eduardo Huet logró un espacio en el antiguo Convento de San Juan de Letrán y localizó a niños sordomudos para proporcionarles instrucción. Creación de la Escuela Municipal de sordomudos para niños y jóvenes, por Eduardo Huet</p> <p>1867. Creación de la escuela normal Nacional de sordomudos, bajo la asesoría de Eduardo Huet y su esposa.</p> <p>1870. Se inauguró la Escuela Nacional para Ciegos con sistema Braille “Lic. Ignacio Trigueros, por Ignacio Trigueros.</p> <p>1880. El asilo para jóvenes cambia a “Escuela Industrial de huérfanos los menores delincuentes fueron trasladados a la “Casa de Corrección de Menores”.</p> <p>1896. Se constituyó la Inspección Médica e Higiénica de las Escuelas: cuatro médicos cuya función era vigilar las condiciones higiénicas del espacio, el mobiliario y de la salud de los alumnos, realizaban visitas a las escuelas. Los maestros les referían a los alumnos con dificultades de aprendizaje.</p> <p>1897. En Ley Provisional de Instrucción Primaria de Aguascalientes se indicaban sanciones para los padres que no enviaran a sus hijos a la escuela, no obstante, se exentaba de esta sanción a los padres con niños incapacitados mentalmente o con imposibilidad orgánica.</p> <p>A finales del siglo XIX, las escuelas especiales consistían en establecimientos dedicados a la educación de los alumnos con: ceguera, sordera, e idiocia. Así como, penitenciarías y correccionales, o aquellas que enseñaban alguna profesión u oficio.</p>

<p>Modelo psicológico: visiones médico-reparadora y normalizadora asistencialista.</p>	<p>1906. Rodolfo Méndez de la Peña en el artículo “Infancia anormal” establece una “clasificación científica” en la que caracteriza a los llamados anormales.</p> <p>1908. Se aprobó el Reglamento de la Inspección Médica de las Escuelas Primarias, como consecuencia, se creó la Inspección General de Higiene Escolar, a través de la cual se vigilaba tanto las condiciones físicas de la institución como la salud física de maestros y alumnos, así como el desarrollo armónico e intelectual de los alumnos.</p> <p>1921. En el Primer Congreso Mexicano del Niño, Rafael Santamarina, en su ponencia “Conocimiento actual del niño mexicano bajo el punto de vista médico pedagógico” presenta una adaptación de la escala Binet-Simon.</p> <p>Alberto Lozano Garza, en su ponencia “Algunas palabras a favor de los niños anormales” propone la conformación de grupos homogéneos, en los que los grupos formados por <i>anormales</i> recibirían tratamientos médicos pedagógicos aislados de los <i>normales</i></p> <p>1923. En el Segundo Congreso Mexicano del Niño, algunos de los compromisos; la unificación de las evaluaciones psicológicas y pedagógicas tanto para los niños normales como para los <i>anormales</i> para realizar comparaciones.</p> <p>Se insiste en la creación de espacios para los niños llamados anormales, la falta de presupuesto obliga al uso de “algunos salones para establecer clases anexas”</p> <p>1924 y 1925. Creación de la Dirección de Establecimientos Penales y correccionales, dependientes del Gobierno del D.F, el cual estuvo a cargo del Dr. Roberto Solís Quiroga, quien creó grupos especiales en las escuelas correccionales. En la Escuela de Demostración y Experimentación Pedagógica de la Universidad Nacional se crearon Grupos Diferenciados para niños nombrados anormales.</p> <p>1925. Se crea el Departamento de Psicología e Higiene Escolar: selección clasificación con certidumbre científica como medio para proteger, conocer, al niño y ubicarlo con otros de sus mismas características.</p> <p>1935. El tratamiento médico pedagógico que se proponía consistía en: 1. Educación fisiológica: Educación higiénica, gimnasia ortofrénica, juegos libres organizados, educación censo-perceptiva, educación de coordinación motriz. 2. Ortolalia. 3. Ortopedia mental. 4. Materias sistematizadas mediante técnicas especiales. 5. Educación étnico-sensorial 6. Educación prevocacional.</p> <p>Por iniciativa de Roberto Solís Quiroga se inaugura el Instituto Médico Pedagógico (IMP) con fines de investigación y atención a niños con debilidad mental y física; centro de estudio de procedimientos de selección, diagnóstico y tratamiento médico y pedagógico.</p> <p>1936. El Departamento de Psicología e Higiene Escolar se transforma en Instituto Nacional de Psicopedagogía (INP)</p> <p>1937. Se inicia servicio de Ortolalia en INP, con fines de diagnóstico y tratamiento a niños con dificultades de lenguaje y audición.</p> <p>De 1936 a 1940. El objetivo de las escuelas anexas al IMP era realizar evaluaciones interdisciplinarias, proporcionar atención médica especializada a niños con dificultades del desarrollo y de conducta.</p> <p>Funcionaron escuelas anexas para niños lisiados, con debilidad física, o con tuberculosis (Dependientes del IMP).</p> <p>1938. Se creó la Clínica de la conducta, dirigida a niños y jóvenes referidos por los maestros de primaria y secundaria por dificultades de conducta.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>1942 a 1958. Se crean grupos diferenciales con niños <i>anormales mentales</i> de primer grado. En escuelas del DF</p> <p>1943. Creación de la Normal de Especialización, con el objetivo de formar especialistas en <i>anormales mentales</i> y <i>menores infractores</i>. Dos años después se agregaron las especialidades para la atención a niños con ceguera y con sordera. El Instituto Médico Pedagógico se convierte en escuela anexa a la ENE con los siguientes objetivos: Tratamiento médico y pedagógico para los niños llamados anormales mentales socialmente aprovechables. Centro de prácticas de los alumnos de la ENE. Estudio de los procedimientos de selección de tratamientos médicos y terapia pedagógica a niños anormales mentales. Estudios de los problemas conexos con los anteriores, como deserción, retardo escolar, delincuencia juvenil y las técnicas educativas adecuadas.</p> <p>1945. Los objetivos de la escuela Nacional de Sordomudos se modifican para proponer un periodo de desmutización de 3 años.</p> <p>1949. Por iniciativa de la SSA, se funda una Central Pedagógica Infantil para atención a niños con impedimentos motores por secuelas de poliomielitis.</p> <p>1953. Se crea la Dirección General de Rehabilitación que proporcionaba rehabilitación para personas con trastornos neuromotores, ceguera, sordera, o DM. A la vez se funda el instituto de formación para especialistas; Centro de Rehabilitación del Sistema Músculo-Esquelético; atención escolar a niños con problemas del aparato músculo esquelético.</p> <p>1960-1961-1965. Se crean Escuelas Primarias de Perfeccionamiento para niños con debilidad mental o dificultades de aprendizaje; 1-2 y 3,4, 5. Las áreas de atención eran medicina, trabajo social, psicólogo y maestro especialista. En el DF. En 1966 se abren en otros Estados</p> <p>1962. Creación de la Escuela Mixta para adolescentes con dificultades de aprendizaje en Córdoba Veracruz.</p> <p>1963-1964. Centro de perfeccionamiento por Cooperación No1, 2, para adolescentes hombres y mujeres en el DF.</p> <p>1969. Se crea la Normal de Especialización en el estado de Nuevo León, con las especialidades de Trastornos de Audición y lenguaje, Ciegos y Débiles Visuales, Deficiencia Mental y Menores infractores e inadaptados Sociales.</p>
SEGUNDA ETAPA: Durante la existencia de la DGEE, hasta la reforma del 93.	
Modelo socio-ambiental : visión social-ambientalista.	<p>1970. Se crea la DGEE , con la siguiente justificación: proporcionar “tratamiento integral” a los niños y adolescentes atípico: personas con problemas de audición y lenguaje, con ceguera, con debilidad visual, así como con deficiencia, lisiados del sistema músculo esquelético, menores infractores, niños con problemas de aprendizaje o cualquier otro tipo de inadaptación escolar y social.</p> <p>1973. Atención para niños con sordera, con ceguera y con deficiencia, a través de la creación de los Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) creados en coordinación con el DIF y la SSA</p>

Implementación de un modelo psicogenético.	<p>1973-1978. Con la teoría psicogenética como base teórica se pone en marcha el “Plan Nuevo León” en el estado de Nuevo León.</p> <p>1978. Se implementa el programa de Grupos Integrados (GI) a nivel nacional; el planteamiento pedagógico consistía en reorganizar el programa de primer grado regular y ciertos replanteos didácticos de ciertas áreas de currículo, especialmente de lengua escrita y matemáticas, enmarcadas en una concepción cognoscitivista y constructivista del conocimiento.</p>
---------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Permanecen los servicios creados con enfoque médico.</p>	<p>1975-1976. Se puso en práctica el primer intento de integración a un grupo de niños con hipoacusia en dos modalidades: 1. se dispuso de una aula dentro de la escuela para sus clases, participaban en actividades artísticas, educación física, en honores a la bandera y otras actividades sociales. 2. un maestro especialista visitaba periódicamente la escuela para llevar materiales a los docente</p> <p>1980. Servicios existentes:</p> <p>Centros de intervención temprana (CIT); atendían dificultades en el desarrollo físico, intelectual y/o emocional.</p> <p>Escuelas de Educación Especial para niños con Deficiencia Mental; se consideraban alteraciones orgánicas que determinaban el CI, se diagnosticaba con DM sólo cuando se evidenciaba compromiso orgánico.</p> <p>Escuelas de Educación Especial para trastornos en la audición.</p> <p>Escuelas de Educación Especial para impedimentos motores.</p> <p>Instituto de Rehabilitación para niños con ceguera y con debilidad visual. Dependía del DIF.</p> <p>Grupos integrados para hipoacúsicos.</p> <p>Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), con colaboración SSA-SEP. Dirección médica y dirección pedagógica. Enfoque multidisciplinario; Médicos, terapeutas, psicólogos, maestros de EE y trabajadores sociales.</p> <p>Centros psicopedagógicos: diagnóstico y tratamiento individuales, enfoque multidisciplinario; maestros especialistas, psicólogos, médicos, trabajadora social. Terapia dos o tres sesiones a contraturno a niños con dificultades en el aprendizaje y el lenguaje.</p> <p>Clínicas de ortolalia: atención a niños con sordera. Con tres décadas de antigüedad.</p> <p>Escuela casa hogar para varones; atendía niños con dificultad de conducta con un programa psicopedagógico.</p> <p>Clínica de la conducta: atendía problemas de conducta en la escuela, llevaba a cabo el Programa Padres Eficaces con Enfrentamiento Sistemático (PECES), con enfoque cognitivo conductual y atención multidisciplinaria; psicología, pedagogía, pediatría, psiquiatría, neurología y trabajo social.</p> <p>Centros de Orientación, Evaluación y Canalización (COEC): recibían a los niños referidos por las escuelas, realizar diagnóstico y canalizar al niño al servicio correspondiente.</p> <p>Centro de Orientación para la Integración Educativa (COIE): proyecto diseñado para formalizar la integración de los niños con discapacidad en base a perfiles definidos de los niños candidatos a ingresar a la escuela regular. Integrado por un equipo multiprofesional.</p> <p>Los GI (A) y los Centros psicopedagógicos, se consideraban servicios complementarios dirigidos a alumnos inscritos en educación básica general, que presentaban dificultades de aprendizaje o en el aprovechamiento escolar, lenguaje y conducta, y las Unidades de Atención a Niños con Aptitudes Sobresalientes (CAS). Los servicios indispensables funcionaban en espacios separados de la educación regular; eran dirigidos a niños, niñas y jóvenes con discapacidad atendidos a través de Centros de Intervención Temprana, Escuelas de Educación Especial y los nombrados grupos integrados B, estos últimos atendían a niños con deficiencia mental leve e hipoacúsicos.</p>
--------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

TERCERA ETAPA: Desde la reforma del 93 hasta la creación del el PNFEIE.	
Integración educativa.	<p>1992. Se firmó el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica, dicho acuerdo fue detonante de una Reforma Educativa Integral para educación básica y formación de maestros.</p> <p>1993 En la Ley General de Educación, es reconocida la Educación Especial como parte del Sistema Educativo Nacional (Art.39), y a los sujetos a quien va dirigida; personas con discapacidades transitorias o definitivas, así como a aquellos con aptitudes sobresalientes (Art.41) Creación de CAM, USAER</p>
CUARTA ETAPA : De la creación del PNFEIE a la actualidad.	
Inclusión educativa.	<p>2000. Las políticas de inicio de siglo marcan una tendencia de la integración a la inclusión. En el discurso de la inclusión educativa se considera a la diversidad como responsabilidad del sistema educativo nacional.</p> <p>2002. Se reconocen las fallas en el proyecto de integración educativa impulsado a través de la Reforma del 93.</p> <p>Establecimiento del Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa (PNFEIE).</p> <p>Dirección General de Acreditación Incorporación y Revalidación (DGAIR) situó en las Normas de inscripción, reinscripción, acreditación y certificación para las escuelas oficiales y particulares incorporadas al sistema educativo nacional, los criterios para asegurar la atención de los niños con NEE, a través de promover la elaboración de la evaluación psicopedagógica y su informe, así como una propuesta curricular adaptada y el seguimiento de la misma.</p> <p>2009-2010. En el marco de la Reforma Integral de la Educación Básica (RIEB) a partir del ciclo escolar 2009-2010, se implantó en Educación Especial el Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial (MASEE) como referente teórico y operativo en el que se replantea la operación de CAM y USAER, bajo la idea de constitución de comunidades inclusivas.</p>

ANEXO 4. GUIA DE ENTREVISTA.

INVESTIGACIÓN: *MODELOS DE INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN EDUCACIÓN PRIMARIA. UN ESTUDIO DE CASO.*

ENTREVISTA

FECHA _____ HORA _____

TIEMPO DE TRABAJO CON NIÑOS CON NEE _____

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____

LUGAR DE TRABAJO _____

I. Proceso para trabajar con niños NEE

- 1.1 ¿Cuénteme cómo fue que llegó a trabajar con niños con NEE?
- 1.2 ¿Cuál era su idea de niños con NEE antes de empezar a trabajar con ellos?
- 1.3 ¿Piensa ahora lo mismo?
- 1.4 ¿Es difícil este trabajo?

II. Formación:

- 2.1 ¿Cuál es su formación?
- 2.2 ¿Su preparación inicial te permitió abordar las necesidades educativas de los niños con NEE o las circunstancias le llevaron a modificar tus estrategias de trabajo?
- 2.3 ¿En el tiempo que ha trabajado con niños con niños con NEE ha tenido que consultar e investigar sobre algunos temas?
- 2.4 ¿Ha necesitado pedir opiniones a otros colegas o Usted ha sido consultada(o)?
- 2.5 ¿Cree que necesita actualización?
- 2.6 ¿De qué tipo?

III. Prácticas de intervención

Entiendo que trabajan en equipo:

- 3.1 ¿Cuáles son las necesidades de que haya un trabajo en conjunto?

- 3.2 ¿Qué hace cada uno de los miembros del equipo?
- 3.3 ¿Me puede platicar cómo organizan el trabajo conjunto?
- 3.4 ¿En qué consiste el trabajo de cada profesionista con el niño?
- 3.5 ¿En qué consiste el trabajo con el maestro del grupo?
- 3.6 ¿Hay diferencias en los acercamientos que hace cada uno de los integrantes del equipo con el niño?
- 3.7 ¿Cuál es la necesidad de que varios profesionistas intervengan cada caso?
- 3.8 ¿Cuáles son los aspectos más importantes en su tarea con niños con NEE?

IV. Procedimientos

- 4.1 ¿Existen normativas de trabajo? ¿En qué consisten?
- 4.2 ¿Cuál es la forma de trabajo que considera que puede ser la más adecuada para la intervención con niños con NEE?
- 4.3 ¿Qué requiere un niño con NEE del profesional que lo atiende en educación?
- 4.4 ¿Se necesita ser especialista para atender niños con NEE?
- 4.4 Si es así ¿Cuál especialidad piensa que se requiere?
- 4.5 ¿Participó Usted de la forma de trabajo propuesta antes de la puesta en marcha del Programa Nacional para la Modernización Educativa?
- 4.6 ¿Cómo describe el trabajo de antes de la implementación del programa y el actual?
- 4.7 ¿Qué piensa que le hace falta a la propuesta actual para la inclusión de niños que presentan alguna discapacidad a las escuelas?

Abril de 2012
Lorenza Ruiz